

Universitetet i Oslo
Medisinsk Fakultet

IMPLEMENTERING AV KLINISKE RETNINGSLINJER

- Prosjektoppgave -

Innlevering: 070308

Veiledere:

Berit Grøholt, Barnepsykiater professor dr.med institutt for psykiatri,
Universitetet i Oslo.

og

Ewa Ness, Seksjonsoverlege ved Psykiatrisk legevakt og fagsjef ved Psykiatrisk
Divisjon ved Ullevål Universitetssykehus.

Navn og kull:

Atle Kristensen, Medisin V-03

Dina Wikstrøm, Medisin V-04

INNHOLDSFORTEGNELSE:

1. INTRODUKSJON	1
1.1. BAKGRUNN FOR VALG AV OPPGAVE	1
1.2. FAGLIG FORSVARLIGHET	2
1.3. AVGRENSING AV PROBLEMSTILLING	4
1.4. DEFINISJON AV BEGREPER	4
1.5. METODE	4
2. HOVEDDEL.....	7
2.1. BLIR KLINISKE RETNINGSLINJENE FULGT?	7
2.2. HVORFOR ER DET VANSKELIG Å IMPLEMENTERE RETNINGSLINJER?	8
2.3. HVORDAN BØR RETNINGSLINJENE IMPLEMENTERES?	10
2.4. HVORDAN BØR RETNINGSLINJER UTVIKLES?	12
2.5. PÅVIRKER BRUK AV KLINISKE RETNINGSLINJER PROGNOSEN?	13
2.6. SAMMENDRAG AV INTERVJU MED EWA NESS, 22.1.08	15
2.7. SAMMENDRAG AV INTERVJU MED JANNIKE ENGELSTAD SNOEK, 24.1.08	18
3. DISKUSJON.....	21
3.1. BLIR KLINISKE RETNINGSLINJER FULGT?	21
3.2. HVORFOR ER DET VANSKELIG Å IMPLEMENTERE KLINISKE RETNINGSLINJER?	21
3.3. HVORDAN BØR RETNINGSLINJENE IMPLEMENTERES?	23
3.4. HVORDAN BØR RETNINGSLINJENE UTVIKLES?	25
3.5. PÅVIRKER BRUK AV KLINISKE RETNINGSLINJER PROGNOSEN?	26
4. KONKLUSJON.....	27
REFERANSER	29
VEDLEGG 1. TABELL 1, TREWEEK OG MEDARBEIDERE (2005)	31
VEDLEGG 2. TABELL 2, BAKER OG MEDARBEIDERE (2001).....	32
VEDLEGG 3. TABELL 4, HEPNER OG MEDARBEIDERE (2007).....	33
VEDLEGG 4. TABELL 5, HEPNER OG MEDARBEIDERE (2007).....	33
VEDLEGG 5 PRESENTASJON AV INTERVJU MED EWA NESS.....	34
VEDLEGG 6 PRESENATSJON AV INTERVJU MED JANNIKE SNOEK.....	42

FORORD

I 8 semester, hvor vi var utplassert 3 uker i psykiatrien, fikk vi en innføring i arbeidet som Klinikere har med ansvar for å stille diagnose, sette i gang behandling og følge opp pasienten over tid. Under utplasseringen fikk vi prøvd oss litt, blant annet i å gjøre suicidalvurderinger. Vi satt selvfølgelig ikke alene om dette ansvaret, men det kommer en tid hvor vi faktisk skal det, og det kan virke svært skremmende. I slike situasjoner er det trygt å vite at det faktisk fins retningslinjer som kan hjelpe oss i å treffe riktige beslutninger. Under utplasseringen ble kliniske retningslinjer lite vektlagt i undervisningen. Med vår beskjedne kliniske erfaring, hadde det vært trygt å få utdelt retningslinjer, som fortalte oss hva vi skulle gjøre. Dette har ført til at vi ville skrive en oppgave om kliniske retningslinjer.

Vi tok kontakt med professor, Berit Grøholt, som var foreleser og PBL veileder for oss på det tidspunktet. Hun var meget imøtekommende og sa seg villig til å veilede oss videre. Vi var usikre på hva slags problemstilling vi skulle ta opp i oppgaven, så hun tipset oss om å ta kontakt med Lars Mehlum. Han stilte villig opp på sitt kontor, og anbefalte oss om å ta kontakt med Ewa Ness, som er leder for psykiatrisk legevakt, og kjent for sitt gode arbeid med å implementere retningslinjer. Ness var engasjert fra første stund, og har hjulpet oss utrolig mye gjennom denne prosessen. Hun har ikke bare stilt opp på intervju, men lest villig gjennom oppgaven en rekke ganger og kommet med tilbakemeldinger underveis. Sist må vi nevne Jannike Snoek, overlege på ungdomspsykiatrisk Akuttenhet, som også var svært positiv til å stille opp på intervju.

Vi vil derfor takke Berit Grøholt, Lars Mehlum, Ewa Ness og Jannike Snoek, som alle har vært meget hjelpsomme og imøtekommende under denne prosessen.

ABSTRACT

Background: As medical students in a psychiatric department, we experienced a lack of using medical guidelines. Our understanding is that clinical guidelines may be helpful in some clinical settings, and wanted to investigate how to implement clinical guidelines.

Aims: This paper investigates the reasons as to why there is a lack of focus on medical guidelines, why it is hard to implement medical guidelines, which implementing strategies are most efficient, who should be responsible for developing the medical guidelines, and most importantly, if medical guidelines actually do improve the prognosis.

Method: In addition to a thorough literature review, the authors have conducted interviews with two chief physician executives at two very different divisions.

Results: Based on existing theory and the interviews there is a lack of using medical guidelines in the health sector. The literature review theory state that active implementation strategies are most efficient. Furthermore, theory reveals that the group developing the guidelines should consists of people with different specialties and that the group leader should involve every participant in the group. Further, research argue that the use of medical guidelines improve the prognosis of patients

Conclusion: Medical guidelines are not sufficiently utilized, and active implementation strategies should be preferred. The responsibility concerning implementing medical guidelines is held by the group developing the guidelines, the management team, and the clinicians themselves. The group should consist of participants of different expertise areas in order to ensure guidelines of high quality. Finally, the literature concludes that utilizing medical guidelines improve the prognosis.

1. INTRODUKSJON

1.1. Bakgrunn for valg av oppgave

Innen psykiske helsevern fokuseres det i økende grad på bruk av kliniske retningslinjer, som for eksempel selvmordsrisikovurdering. Treweek S, S Flottorp, K Håvelsrud, D Kristoffersen, AD Oxman (2005, s.1) mener at interessen for utvikling av kliniske retningslinjer bygger på følgende tre antagelser:

- Retningslinjer kan gi støtte til å treffe gode kliniske beslutninger
- Retningslinjer kan redusere uheldig variasjon i klinisk praksis
- Retningslinjer kan sikre kostnadseffektiv klinisk praksis

Ut fra de tre punktene skulle man tro det var en selvfølge at kliniske retningslinjer ble tatt i bruk ettersom det både sikrer at legen gjør en god jobb og at pasienten får god behandling på en kostnadseffektiv måte. Allikevel viser erfaring og studier at det ikke nødvendigvis er slik. Det betyr selvfølgelig ikke at alle som ikke følger kliniske retningslinjer gir dårlig behandling, for man kan hente god og tilstrekkelig kunnskap fra andre kilder også. På den ene siden kan det argumenteres med at det kan være enklere og mer effektivt å bruke den kunnskapen som er innhentet systematisk, og skrevet ned i kliniske retningslinjer. På den andre siden kan det sikkert ofte være gode grunner til å velge andre løsninger, for eksempel at pasienten ønsker en annen behandling. Ekeberg Ø (2006, s.1) mener at ”det foreligger mye viktig kunnskap basert på god klinisk erfaring”. Samtidig klinisk skjønn ikke må være til hinder for å søke etter mer kunnskapsbasert vitenskap (Ekeberg, 2006).

Vår erfaring er at kliniske retningslinjer brukes lite, og at dette blant annet skyldes at man ikke har tid og anledning til å sette seg inn i kliniske retningslinjer og at det brukes for lite ressurser og innsats fra ledernes side for å sikre at kliniske retningslinjer implementeres. Leger endrer ikke sin arbeidsmåte bare ved at nye retningslinjer blir etablert. Både innholdet i dem og måten de blir formidlet på vil ha betydning for legens atferd i forhold til å anvende dem. ”Retningslinjer bør baseres på den beste tilgjengelige kunnskap, men dette er ikke i seg selv nok for å sørge for at de tas i bruk. Man må også benytte effektive strategier for implementering ”(Treweek, 2005, s.1)

Som medisinstudenter har vi ved noen anledninger arbeidet ved psykiatriske institusjoner. Vår erfaring derfra er at retningslinjer blir lite brukt. Spesielt synes vi selvmordsrisikovurderinger var vanskelige. Vi savnet da en retningslinje å forholde oss til. Dette vekket vår nysgjerrighet såpass at vi valgte å ta det opp som tema i vår prosjektoppgave. Ved en tilfældighet snakket vi med professor Lars Mehlum ved Seksjon for selvmordsforskning og forebygging, og han kunne fortelle oss at ved Psykiatrisk legevakt i Oslo hadde man innarbeidet retningslinjer i forhold til blant annet selvmordsrisikovurderinger, og gode rutiner for å evaluere at de ble fulgt. I følge Mehlum skyldes dette først og fremst god ledelse med vilje til å implementere retningslinjer.

1.2. Faglig forsvarlighet

Leger arbeider kanskje mer enn noen gang med politisk press om effektivisering samtidig med pasienters og pårørendes press om at legene skal yte den best dokumenterte behandlingen. Utviklingen innen ulike medisinske felt går fort og det er krevende å holde seg faglig oppdatert. Faglig forsvarlighet krever mer enn at kunnskapen skal være dokumentert, det innebærer også en forståelse av at pasienten selv skal samtykke og være en aktiv deltaker i behandlingen av sin egen sykdom. Videre skal ledelsen legge til rette for at arbeiderne skal kunne utføre faglig forsvarlig arbeid.

Kravene til helsepersonell framgår av Lov om helsepersonell m.v (Hpl). I lovens Formålsparagraf står det at ”lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasientene og kvalitet i helsetjenesten samt tillitt til helsepersonell og helsetjenesten”. Hpl § 4 sier videre at ”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig” og § 4, 2.ledd står det at ”dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert helsepersonell”. Samtidig skal legen ikke pålegge pasienten eller helsevesenet unødvendig store utgifter, Hpl § 6. Det er helsetilsynet som har myndighet til å drive tilsyn med helsevesenet, og på den måten sikre den medisinske faglige kvaliteten. De har fullt innsyn i legens og eventuelt helseinstitusjonens arbeid. Helsepersonell har opplysningsplikt dersom helsetilsynet ønsker opplysninger for å gjennomføre tilsyn (Hpl. § 30).

Johansen JA, K Cordt-Hansen (2006) beskriver hva tilsynsmyndighetene legger i begrepet faglig forsvarlig når det skal gis tilbakemelding til tjenestestedene. De sier at alle ledd i

virksomheten skal ivareta kravet om faglig forsvarlighet. Det betyr at det stilles krav til at ledelsen gjennom styring og tilrettelegging skal sørge for at arbeidstakerne har den nødvendige kompetansen til å utføre sitt arbeid i henhold til gjeldende lov. Arbeidstakerne må etter beste evne sette seg inn i den nødvendige kunnskapen de trenger for å gjøre jobben sin. Ledernes virkemidler er å opprette internkontrollsystemer. På den måten kan ledelsen ha oversikt over arbeidet som arbeidstakerne utfører og drive kontinuerlig forbedringsarbeid, i form av for eksempel målrettet kompetansehevingstiltak, kurs og veiledning. Virksomheten skal også ha et kvalitetsutvalg som skal jobbe for forebygge avvik og drive kvalitetsfremmende arbeid.

Når tilsynsmyndighetene vurderer hva som anses som god praksis, bedømmer de relevante kunnskaper og de konkrete omstendighetene i hvert enkelt tilfelle, Hpl § 4. Relevante kunnskaper fremgår av faglige instruksjer, faglige retningslinjer eller forskningsrapporter fra fagmiljøene. Journalen er et viktig dokument når tilsyn skal gjøres, fordi alt pasientarbeid er dokumentert der. Dermed brukes journalen som utgangspunkt for vurderingen av fagligheten i arbeidet (Johansen og Cordt-Hansen, 2006).

Leger og psykologer har selvstendig behandlingsansvar og av dem kreves det at det gjøres en undersøkelse/utredning, at det stilles en diagnose, lages en behandlingsplan og eventuelt en individuell plan. Man er forpliktet til å henvise eller søke faglig støtte dersom man ikke selv har nok kunnskap om utredning og behandling av en tilstand. Innholdet i behandlingen skal ha dokumentert effekt, skal være hentet fra eksisterende behandlingsforskning og det skal være samsvar mellom behandlingsbehov og valgt behandling. Samtidig åpnes det for klinisk skjønn og individuelle tilpasninger hvor også pasientens ønsker har betydning for valg av behandlingsstrategi, men dersom behandlingen ikke har dokumentert effekt må det skrives eksplisitt i journalen at pasienten er informert om det. Ved utskrivelse eller når ny behandler overtar behandlingsansvaret stilles det krav til at informasjonsoverføringen skal være nøyaktig (Johansen og Cordt-Hansen, 2006).

Faglig forsvarlighet innebærer også at pasienten skal være delaktig i sin egen medisinske behandling. Det krever at pasienten har den nødvendige informasjonen til å medvirke til behandlingen, og da trenger pasienten informasjon om brukerrettigheter, klageadgang, mulighet for individuell plan, taushetsplikt og journalføringsplikt. Pasienten skal ha informasjon om virkning og bivirkninger av behandlingen. Dette danner grunnlag for

behandlingssamtaler hvor behandlingsmål utarbeides og pasienten samtykker til behandling (Johansen og Cordt-Hansen, 2006).

1.3. Avgrensing av problemstilling

Oppgaven vil ikke omhandle vurdering av innholdet i de kliniske retningslinjene. Vi tar ikke stilling til om vi kan stole på retningslinjene. Vi går heller ikke inn på problemstillinger innenfor selvmord. Oppgaven tar for seg bruk av kliniske retningslinjer i helsevesenet generelt, med fokus på psykisk helsevern.

1.4. Definisjon av begreper

Kliniske Retningslinjer:

Anbefalinger som er ment å hjelpe helsepersonell og pasienter til å ta gode beslutninger i bestemte kliniske situasjoner. (Fretheim A, 2006, s.2).

Internkontroll:

Sosial- og helsetjenestene i Norge er regulert av lover og forskrifter som forplikter alle som yter tjenester. Alle som yter tjenester skal selv kontrollere at virksomheten er i tråd med kravene. (Helsetilsynet, 2003)

Implementere:

Iverksette, utføre, gjøre det nødvendige for å få en maskin eller et program til å virke. (Kunnskapsforlaget, 2005)

1.5. Metode

Oppgaven om implementering av kliniske retningslinjer, bygger på en litteraturstudie og to intervjuer. I og med at det fins retningslinjer innefor alle felt i medisinen, valgte vi ut et området, nemlig selvmordsrisikovurdering, fordi dette var utgangspunktet for valg av oppgave. Vi tok kontakt med Arild Bjørndal på Nasjonalt kunnskapssenteret, for å få hjelp til å søke etter artikler. Han veiledet oss med søkerord, men mente det kunne bli vanskelig å finne artikler som passet for vår oppgave. Det skulle vise seg at Bjørndalen hadde rett. Vi tok også kontakt med en bibliotekar på rikshospitalet medisinske bibliotek, som hjalp oss i selve søket. Vi har gjort litteartursøk i databasen pubmed, med søkeordene: "Guidelines" AND "assessment", AND "suicide". Søkestrategien gav 167 treff. Vi leste overskriftene til disse artiklene og leste "abstractene" til de artiklene vi mente passet til våre problemstillinger. Flere av artiklene beskrev retningslinjer uten å ta for seg implementering. Vi fant kun artikkelen til Hepner og medarbeidere (2007). Vi forandret søket ved å bytte ut "assessment" med

søkeordet "implementing". Dette ga 10 treff. Vi leste alle "abstractene" og hentet ut to artikler i fulltekst, som vi mente passet for vår oppgave. Vi inkluderte kun den ene artikkelen i oppgaven, Baker og medarbeidere (2001). Den andre artikkelen ekskluderte vi, fordi den handlet om implementering av retningslinjer blant miljøarbeidere. Vi ønsket å undersøke implementering av retningslinjer blant leger. Videre søkte vi også etter artikler i Tidsskriftet for Den norske Lægeforening, hvor vi fant studiet til Treweek og medarbeidere (2005), samt artikkelen til Ekeberg Ø (2006). I tillegg har vi vært inne på helsebibliotekets og kunnskapssenterets websider, hvor vi fant de 16 oversiktsartiklene skrevet av Oxman AD, H J Schünemann, A Fretheim og SURE (2007). Vi har også lest i helsepersonelloven. Artikkelen skrevet av Johansen JA, K Cordt-Hansen (2006) har vært publisert i Tidsskrift for norsk psykologforening, men vi fant den på helsetilsynets nettside etter råd fra Ewa Ness. Som metodebok brukte vi: "Prosjektarbeid i helsefagene", skrevet av: Magnus P, LS Bakketeig (2002).

Spørsmålene i teoridelen var ikke bestemt på forhånd, men ble konstruert etter hvert som vi leste gjennom artikler. I ettertid ser vi at vi med fordel kunne konsentrert oss om færre problemstillinger, og eventuelt gått noe grundigere inn i et eller to av spørsmålene.

Vi gjorde semistrukturerte intervjuer av Ewa Ness og Janicke Snoek. Begge mottok intervjuene i god tid før intervjuet og hadde således anledning til å forberede seg til intervjuet. Vi tok opp intervjuene på bånd og vi tok i tillegg notater under intervjuet. Vi skrev intervjuene først ordrett ned. Deretter redigerte vi dem ved å fjerne ord og setninger uten betydning for innholdet. Tilslutt sendte vi den redigerte versjonen til intervjuobjektene, som fikk anledninger til å gjøre de redigeringene de ønsket. Nettopp det kan være en svakhet ved oppgaven. Det kan gi konstruerte svar som kan vike fra avdelingens faktiske praksis. Dette kan videre underbygges med at intervjuobjektene ikke var anonyme og at de fikk redigere intervjuene. Videre brukte vi åpne spørsmål, noe som gir nyanser av svar som tidvis kan være litt vanskelige å tolke. Som ved alle intervjuer vil intervjusituasjonen være en samtale som påvirkes av forholdet mellom intervjuobjektene og de som intervjuer. Situasjonen kan skape adferd som gir oss svar som kanskje ville blitt litt annerledes dersom noen andre gjorde intervjuet. Videre er to caser et for lite materiale til å generalisere. Det var heller ikke hensikten med oppgaven. Vi ønsker bare å sette fokus på implementering av kliniske retningslinjer og på bakgrunn av intervjuene og relevant litteratur se hva som er situasjonen akkurat nå. Fordelen med intervju som metode er at intervjuobjektene får utdype sin mening,

og utdypet sine svar, gjerne med konkrete eksempler eller erfaringer fra et praktisk ståsted. På den måten får vi til en viss grad sammelignet teori og praksis. I tillegg får vi stille oppfølgingsspørsmål og dermed oppklart uklarheter. Problemet er at våre spørsmål kan bli ledende og svarene tilpasset situasjonen.(Magnus P, LS Bakketeig, 2002)

Ewa Ness er spesialist i psykiatri. Hun har vært fagsjef ved Psykiatrisk Divisjon siden 2004. De siste 12 år har hun ledet Psykiatrisk legevakt i Oslo. Ness sin erfaring med retningslinjer er både fra små og store organisasjoner. I de siste 10 årene har hun blant annet arbeidet med ledelse og kvalitetsforbedring i forskjellige stillinger. Ness har vært konsulent ett år i Agenda, og i tillegg har hun jobbet i Sosial- og helsedirektoratet, samt vært sjefslege både på Aker og Ullevål Universitetssykehus.

Jannike Engelstad Snoek er spesialist i barnepsykiatri og har arbeidet i barne- og ungdomspsykiatrien siden 1974. Hun underviser i videreutdannelsen, Tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsevern (TVIP), ved Høyskolen i Oslo. Før Reform -96 underviste hun medisinstudenter, og hun har blant annet skrevet en bok som omhandler ungdomspsykiatri. Hun er nå avdelingsoverlege på Ungdomspsykiatrisk Akuttenhet (UPA) ved Ullevål Universitetssykehus, hvor hun nå har flere lederoppgaver enn tidligere. Det har ført til mindre pasientkontakt. Hun har også vært leder for barnepsykiatrisk forening. Snoek var med på å utarbeide retningslinjer for håndtering av atferdsforstyrrelse i spesialisthelsetjenesten.

Overlegene jobber på to vidt forskjellige avdelinger. UPA har kun 5 behandlere, 3 leger og 2 psykologer, som arbeider der daglig og er en veldig oversiktlig institusjon. Legevakta har omtrent 30 leger ansatt. De tar kun sporadiske vakter. Arbeidsmåten på de to stedene blir derfor veldig ulike. Vi synes det er veldig spennende å sammenligne to så forskjellige institusjoner, og undersøke hvordan størrelse og tempo påvirker bruken av og implementering av kliniske retningslinjer. Vi skal videre i oppgaven drøfte fem spørsmål som vi mener er viktige i forhold til implementering av kliniske retningslinjer:

1. Blir kliniske retningslinjer fulgt?
2. Hvorfor er det vanskelig å implementere kliniske retningslinjer?
3. Hvordan bør retningslinjene implementeres?
4. Hvordan bør retningslinjene utvikles?

5. Påvirker bruk av kliniske retningslinjer prognosen?

2. HOVEDDEL

2.1. Blir kliniske retningslinjene fulgt?

Treweek og medarbeidere (2005) forsøker i sin studie å besvare spørsmålet om retningslinjer blir lest og brukt av leger i allmennpraksis ved å sende spørreskjema til 1500 fastleger og deres medarbeidere ved 1321 legekontorer i Norge. Respondentene ble spurt om deres kjennskap til et utvalg retningslinjer publisert av blant annet tidsskriftet for Den norske lægeforening, Statens helsetilsyn og Statens legemiddelverk. Treweek og medarbeidere (2005) valgte 19 retningslinjer som nylig var publisert og som omhandlet vanlige problemer i allmennpraksis (tabell i vedlegg 1). 58 % av fastlegene svarte på spørreskjemaene. Fastlegene hadde lite kjennskap til mange av retningslinjene som var publisert. Det var som regel flere som hadde lest dem eller tittet på dem enn som brukte dem i praksis.

Studiet til Treweek og medarbeidere (2005) viser at under 20 % av kliniske retningslinjer brukes i praksis. Studiet av Treweek og medarbeidere (2005) bekrefter vår mistanke om at retningslinjer blir lite brukt. Spesielt overraskende er det at kun 31 % av fastlegene ikke kjente til retningslinjene som var utviklet for deres egen praksis. Et unntak er Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) sitt handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis, som blir brukt av 52 %. Vi vet ikke hvorfor akkurat retningslinjene for denne behandlingen følges i større grad, men kanskje er det fordi den er veldig konkret og at det trolig er lite rom for skjønn ved behandlingen av denne tilstanden. Dessuten er resultatene av behandlingene målbare i form av blodsukkerverdier og HbA1c, og feil eller manglende behandling har relativt store konsekvenser for eksempel retinopati. Treweek og medarbeidere (2005) mener at god markedsføring, gode fagfolk og at handlingsprogrammet kommer i både en kort og en lang versjon er medvirkende til at disse retningslinjene brukes.

Hepner og medarbeidere (2007) ønsket i sin studie å finne ut om en retningslinje for diagnostisering og behandling av depresjon ble fulgt, hvilke deler av retningslinjen som ble fulgt og om det hadde betydning for pasientens prognose. Artikkelen baserer seg på 124 klinikere USA og 1131 pasienter med diagnosen depresjon. For å finne ut om retningslinjen

ble fulgt på alle punkter, utarbeidet en ekspertgruppe 20 indikatorer for å vurdere om retningslinjen for diagnostikk og depresjonsbehandling ble anvendt. Pasientenes depresjon ble vurdert av forskerne når studiet startet, samt 12, 18 og 24 mnd senere. Dataene er basert på selvrappotering fra pasientene.

Deler av retningslinjen ble i større grad brukt enn andre deler av den og ut fra indikatorene fant forskerne ut at bruken av de ulike elementene i retningslinjen varierte fra 100 % til 23 %. For eksempel fulgte klinikerne delene av retningslinjen som gikk ut på å stille diagnose og igangsette behandling og 100 % gav pasienten informasjon om sykdommen. Legene fulgte dårlig opp pasienter som ikke responderte på behandling (38 %), og eldre pasienter med andre psykiske lidelser i tillegg til depresjon (34 %). I tillegg ble alkoholproblemer blant pasientene i liten grad kartlagt (23 %) og få vurderte selvmordsrisiko (24 %). Studien sier ingen ting om hvorfor det er vanskelig å følge visse retningslinjer.

2.2. Hvorfor er det vanskelig å implementere retningslinjer?

Flere implementeringsstrategier har vært utprøvd i randomiserte kontrollerte forsøk, blant annet (Fretheim, 2006).

- Passive tiltak, for eksempel utsendelse i posten, har hatt beskjeden effekt
- Aktive implementeringsstrategier, for eksempel praksisbesøk har gitt bedre resultater, men er et kostbart alternativ
- Bruk av forskrifter o.l., men dette blir sjelden evaluert

Baker og medarbeidere (2001) publiserte en artikkel i British Journal of General Practice der de undersøkte om det er mer effektivt å bruke aktive implementeringsstrategier enn passive. Forskerne konstruerte en retningslinje bestående av syv punkter for vurdering og behandling av depresjon i allmennpraksis. Gjennom intervjuer av allmennleger i England identifiserte forskerne årsaker til at retningslinjer ikke ble tatt i bruk. Forskernes hypotese var at psykologiske forhold hos klinikerne gjorde det vanskelig å implementere retningslinjer. På bakgrunn av intervjuet, hvor de psykologiske barrierene for implementering av kliniske retningslinjer ble forsøkt avdekket, skreddersydde forskerne implementeringsstrategier for hver enkel lege. Baker og medarbeidere vurderte pasientenes depresjon ved diagnosetidspunkt, etter 4 uker og etter 16 uker, ved hjelp av et selvrappoteringsskjema, Beck Depression Inventory (BDI). (Beck AT, RA Steer, 1993)

Retningslinjen for diagnostikk og behandling av depresjon inneholdt følgende syv punkter:

- Depresjonsdiagnosen må baseres på symptomer som er beskrevet i ICD -10 eller DSM - IV
- Ved diagnosetidspunktet må man vurdere selvmordsrisiko hos pasienten
- Pasientene skal behandles med antidepressive medikamenter og/eller kognitiv terapi
- Antidepressive medikamenter må foreskrives i terapeutiske doser
- Pasienten bør vurderes på nytt etter 3 uker med hensyn til selvmordsrisiko
- Pasienten som har respondert godt på den akutte behandlingen, bør innkalles hver måned
- Medikamentell behandling bør fortsette i minst 4 mnd etter at episoden med depresjon er avsluttet

Forskerne etablerte en kontrollgruppe med 30 klinikere og en intervensjonsgruppe med 34 klinikere, som alle mottok de foreslåtte retningslinjer. Etter 6 uker ble klinikerne i intervensjonsgruppen innkalt til et intervju, hvor det ble kartlagt hvorfor de syntes det var vanskelig å følge retningslinjene.

Gjennom intervjuet av intervensjonsgruppen ble det identifisert seks kategorier av hindringer. Flere av klinikerne havnet i mer enn en kategori. Femten klinikere hadde ikke tenkt på at det er behov for forandring eller forbedring. Femten mente at de ikke var kompetente nok til å vurdere selvmordsrisiko, fordi de manglet begreper. Ni hadde vanskeligheter med å diskutere eller samarbeide med lokale spesialister når det gjaldt å forandre praksis. Hos seks av legene kunne ikke forskerne identifisere noen psykologiske hindringer. Tre leger hadde motvilje mot nye retningslinjer, fordi de hadde stor tro på den gamle behandlingen. Tre klinikere hadde ingen mulighet til videreutdanning, pga organisatoriske problemer. To hadde selv psykiske problemer, som depresjon.

På bakgrunn av dette intervjuet ble det skreddersydd implementeringsstrategier for hver enkel lege. Hvis for eksempel klinikerne rapporterte usikkerhet i forhold til å vurdere selvmordsrisiko, fordi de manglet begreper, ville legene motta forslag til konkrete spørsmål, som de kunne bruke under konsultasjonen.

Vedlegg 2 viser resultatet av den første datainnsamlingen, hvor alle klinikerne mottok kun retningslinjer og andre datainnsamling, hvor kun intervensjonsgruppen hadde mottatt de skreddersydde implementeringsstrategier. Baker og medarbeidere (2001) sammenlignet kontroll- og intervensjonsgruppene og gjorde odds-ratio beregninger med konfidensintervall på 95 %, for å sammenligne intervensjons og kontrollgruppen. Man ser at intervensjonsgruppen, etter implementeringen av retningslinjen, fulgte opp noen elementer retningslinjen i større grad enn andre. Det gjorde riktignok kontrollgruppen også, men i mindre grad. Spesielt ble det gjort flere selvmordsrisikovurderinger på diagnosetidspunktet, odds ratio 5.6 (2.8-11.3), og det var det eneste resultatet som var signifikant utfra denne tabellen.

Baker og medarbeidere (2001) mener at en skreddersydd implementeringsstrategi er mer vellykket enn å lansere generelle strategier. Studien har ikke undersøkt kostnaden ved en slik implementeringsstrategi, men viser til at fremtidige studier som bør se på dette. Forskerne nevner imidlertid at det kan bli dyrt i forhold til andre strategier, men slår fast at det likevel kan lønne seg, fordi det er så effektivt. Baker og medarbeidere (2001) hevder at mange hindringer kan unngås ved at klinikerne gjennomfører trening i konsultasjon eller andre former for videreutdanning. Det kommer frem i artikkelen at allmennlegene selv innrømmer at det finnes hindringer, og at mange av disse kan identifiseres gjennom intervjuer og forstås i lys av psykologiske teorier. Artikkelen er også inne på at visse retningslinjer er vanskeligere å følge enn andre, men sier ikke noe mer om saken.

2.3. Hvordan bør retningslinjene implementeres?

Verdens helseorganisasjon er en av mange organisasjoner som ønsker å finne gode og effektive implementeringsstrategier av retningslinjer. Det er ingen verdi å utvikle retningslinjer hvis de ikke blir brukt.

WHO så et behov for å undersøke hvordan man på beste måten kan lage anbefalinger og distribuere anbefalingen slik at de blir brukt. WHO har en rådgivende komité for helsemessige spørsmål, Advisory Committee on Health Research (ACHR). ACHR dannet i 2005 en undergruppe som de kalte Subcommittee on the Use of Research Evidence (SURE). SURE fikk ansvaret for å samle inn informasjon fra ulike organisasjoner verden over. Andy

Oxman fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten var leder i SURE. SURE brukte egne medarbeidere og eksterne forskere i sitt forskningsarbeid. Resultatet av arbeidet ble en artikkelserie som inneholder 16 artikler. Alle artiklene innledes med en oversikt over hvordan WHO gjør det i dag, for deretter å legge frem hvordan andre organisasjoner gjør det. På bakgrunn av andre organisasjoners arbeid, kommer SURE med anbefalinger på hvordan WHO blant annet bør utarbeide, implementere og distribuere retningslinjer. I alt inneholder rapporten 16 artikler med hovedoverskriften, “Improving the use of research evidence in guideline development”. Vi fant noen av disse artiklene interessante for vår oppgave, blant annet artikkel nr 15, som har overskriften Disseminating and implementing guidelines (Fretheim A, HJ Schünemann, AD Oxman, 2006) og nr 3 med overskriften Group composition and consultation process (Fretheim A, HJ Schünemann, AD Oxman, 2006).

I artikkel 15 kommer det frem at WHO mangler dokumenterte og effektive strategier for implementering av retningslinjer. De metodene som brukes varierer fra avdeling til avdeling. Dessuten evalueres de implementeringsstrategiene som brukes sjelden, og dermed vet man ikke om de har vært effektive eller ikke. Fretheim og medarbeidere (2006) undersøkte hvordan flere internasjonale organisasjoner utviklet retningslinjer, og deres implementeringsstrategier. Vanlige tilnærmelser var aktive implementeringsstrategier som gjennomføring av revisjoner, bruk av lokale opinionsledere, arrangering av kurs og undervisning, samt å sørge for at klinikerne fikk tilbakemelding. Noen benyttet organisatoriske intervensjoner, for eksempel belønningssystemer. Flere organisasjoner så viktigheten av at retningslinjene var lett tilgjengelig, for eksempel internett. Mange av organisasjonene hadde ingen spesifikke strategier.

På bakgrunn av sine undersøkelser konkluderte forskerne med at passive implementeringsstrategier er lite effektive. De fleste aktive implementeringsstrategier er lønnsomme under noen omstendigheter, men ingen strategier er effektive under alle. Det finnes ikke sikre kilder som kan si hvilken implementeringsstrategi som er mest effektiv eller best egnet under forskjellige omstendigheter. Videre hevder forskerne at det er helt nødvendig med evalueringer av forskjellige implementeringsstrategier, og at disse evalueringene også skal kunne fastslå hvilke som er mest effektive under ulike omstendighetene.

Hvis det er slik at retningslinjer utviklet av WHO er lite nyttige uten aktive implementeringsstrategier, anbefaler SURE på det sterkeste at WHO frembringer kunnskap

som er nødvendig for at man finner de mest effektive og suksessfulle implementeringsstrategier. Videre at man på lokalt nivå må bruke implementeringsstrategier som er tilpasset de lokale omstendighetene, men at WHO kan bidra med å støtte det arbeidet.

Treweek og medarbeidere (2005) hevder også at aktive implementeringsstrategier, som for eksempel kollegabesøk i praksis eller interaktive kurs, kan føre til at flere leger tar i bruk retningslinjene. Forskerne mener at passive metoder, som for eksempel å trykke opp retningslinjer og så passivt dele dem ut eller holde kurs med forelesninger, har liten eller ingen effekt. De sier videre at slike aktive metoder brukes lite i Norge i dag, og at vi bør benytte oss mer av slike strategier i norsk allmennpraksis. Treweek og medarbeidere (2005) foreslår også at en elektronisk kilde med retningslinjer kan gjøre det lettere å bruke retningslinjene i praksis.

2.4. Hvordan bør retningslinjer utvikles?

Fretheim og medarbeidere (2006) hevder at sammensetningen av gruppen som utvikler retningslinjer har stor betydning for retningslinjenes innhold. Vi mener at innholdet i retningslinjen antageligvis også har noe å se for bruken av dem. Forskerne fant ut at få artikler handlet om gruppesammensetning, og spørsmålet om betydningen av dette måtte derfor baseres på logisk argumentasjon og erfaringer fra andre organisasjoner. På den bakgrunn foreslår forskerne at gruppen som er ansvarlig for å utvikle retningslinjer bør bestå av (Fretheim og medarbeidere, 2006, s.39):

- Pasienter og/eller representanter fra samfunnet
- Helsepersonell som jobber innenfor det aktuelle temaet
- Politikere
- Helseøkonomer
- Prosjektledelse, inkluder informasjonssøkningskompetanse, prosessledelsesferdigheter, skrivekompetanse og redigeringskompetanse

Skal gruppen fungere godt trenger man en effektiv leder som er dyktig til å veilede gruppen gjennom prosessen, sørge for at gruppen samarbeider og at alle bidrar. Alle medlemmene i gruppen må kjenne arbeidsmetoden og prosessen ved utvikling av retningslinjer. Hvis ikke bør de bli tilbudt undervisning og veiledning, slik at de føler seg inkludert. Dette vil bidra til

at alle medlemmene i gruppen deltar aktivt. De fleste organisasjoner rapporterte at gruppene bestod av eksperter på det aktuelle området og brukere.

Fretheim og medarbeidere (2006), undersøkte hvordan andre organisasjoner utviklet retningslinjer og fant ut at The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) i Storbritannia ikke nødvendigvis har en ekspert med i gruppen når retningslinjer skal utvikles. De sier at eksperter er kun til stede pga sin kunnskap på området. Det er derfor viktig at de deltar i diskusjoner. På den andre siden, er de ikke fullverdige medlemmer. Det vil si at de ikke har stemmerett og de burde heller ikke være involvert når de siste bestemmelser tas. Med andre ord er ekspertens rolle begrenset til kun å delta i drøftingen av de helsefaglige spørsmålene, uten å ha stemmerett når den endelige retningslinjen skal vedtas.

Fretheim og medarbeidere (2006) mener at gruppesammensetningen har betydning for innholdet i retningslinjene som utarbeides. Blant annet gjelder dette panelets "helse eksperter". Det påpekes at ekspertene mest sannsynlig vil fremme eller anbefale prosedyrer som de anvender innen sitt spesialfelt, og dermed overse andres. Samtidig kommer det fram at eksperter ofte ikke anvender systematiske metoder når de skal gi anbefalinger innen helsespørsmål. Gruppens sammensetning har derfor mye å si for de beslutninger som tas. Et råd er at panelet bør være bredt og tverrfaglig sammensatt.

2.5. Påvirker bruk av kliniske retningslinjer prognosen?

Hele tanken bak retningslinjene er at de skal sikre høy kvalitet, sikre riktig prioritering og redusere uønsket variasjon i behandlingen. Dette skal igjen bidra til å bedre pasientenes prognose. Retningslinjene sørger for at enhver lege har et omfattende kunnskapsgrunnlag lett tilgjengelig. Det kan blant annet sørge for at legen ikke "glemmer" eller overser noe i anamneseopptaket/undersøkelsen og at alle pasientene får lik behandling. Et slikt verktøy kan være meget lønnsomt i en travel hverdag.

Baker og medarbeidere (2001) konkluderer med at bruk av kliniske retningslinjer bedrer prognosen til pasientene. Tabell 1 hentet fra artikkelen (Vedlegg 2) viser også at bruk av kliniske retningslinje for diagnostikk og behandling av depresjon bedret prognosen for pasientene signifikant i intervensjonsgruppene sammenlignet med kontrollgruppene. Blant pasientene som ble behandlet i 16 uker og hvor implementeringsstrategier var brukt, var det

signifikant flere pasienter med BDI score under 11 ved 16 uker med odds ratio på 2.5(1.2-5.2), mens resultatet var ikke signifikant etter fire ukers behandling.

Hepner og medarbeidere (2005) viste at større bruk av retningslinjer bedret prognosen til pasientene. Forskerne utarbeidet flere verktøy, som kunne hjelpe dem i å besvare spørsmålet om prognose. For det første utarbeidet de et verktøy som kunne si noe om pasientens forventede prognose. Dette kalte de depression prognostic index, DPI. For å beregne dette så forskerne på hvor alvorlig pasientens depresjons var før studiet startet, alvorlighetsgraden av fysiske symptomer blant de deprimerte, sosial støtte, hvor mange depresjonssymptomer som har vart 2 år eller mer og hvorvidt de har brukt egnet antidepressiv medikasjon i tre måneder eller mer de siste 6 månedene. Videre utformet de en kvalitetsindeks, Design Quality Indicator (DQI), som måler hvor mange retningslinjebaserte indikatorer klinikerne tar i bruk. På bakgrunn av DQI dannet de tre kvalitetsgrupper, lav middels og høy kvalitet, hvor lav kvalitet indikerer at legen har anvendt få indikatorer. Forskerne målte depresjonssymptomer ved hjelp av et måleverktøy som kalles Center for Epidemiologic Studies – Depression (CES-D) skala i 12., 18. og 24. måned. Forskerne bruker pasientene som mottok lav kvalitetsbehandling, som kontrollgruppe og sammenligner deres prognose med alle de andre pasientene. Det viser seg da at prognosen bedres signifikant for alle pasientene i middel og høy kvalitetsgruppen etter 18 mnd, sammenlignet med pasientene i lavkvalitetsgruppen. ($P < 0,05$). Det viste seg også at de pasientene som havnet i middel og høykvalitetsgruppen hadde færre depresjonssymptomer under selve behandlingen, enn de pasientene i lavkvalitetsgruppen. Dette ble målt etter 12, 18 og 24 måneder. 12 ($p < 0,001$), 18 ($p < 0,01$) og 24 ($p < 0,001$) måneder.

I tabell 4 (vedlegg3) har forskerne justert tallene for forventet prognose målt ved DPI. Forskerne beskriver sammenhengen mellom DQI score og vedvarende depresjonssymptomer ved regresjonsanalyse. Tabellen viser signifikant færre depresjonssymptomer målt ved CES-D skala ved 12, 18 og 24 måneder når man sammenligner de som fikk lav kvalitetsbehandling (Low-Quality care) med alle de andre, etter at forskerne har justert for prognose. Videre viste odds-ratio beregninger at det statistisk vil være færre vedvarende depresjonssymptomer ved 18 og 24 måneder, når man sammenligner de som fikk lav kvalitetsbehandling med alle de andre pasientene, mens resultatet ikke var signifikant etter 12 måneder.

I tabell 5 (vedlegg 4) har forskerne ved hjelp av regresjonsanalysen i tabell 4 regnet ut sannsynligheten for vedvarende depresjon hos pasientene.

I tabell 5 går det fram at kvaliteten på behandlingen er av betydning for pasientene med middels eller dårligst beregnet prognose, særlig etter 18 og 24 måneder. Tendensen er at desto dårligere beregnet prognose, jo bedre blir behandlingseffekten av høy kvalitetsomsorg.

2.6. Sammendrag av intervju med Ewa Ness, 22.1.08

Blir kliniske retningslinjer brukt?

Treweek og medarbeidere (2005) hevder i sin artikkel at retningslinjer ikke brukes så flittig av leger. Har du noen tanker om dette, eventuelt noen tanker om hvorfor de ikke blir anvendt? Bruker dere retningslinjer på legevakten i Storgata?

Ness (2008) mener at få leger bruker kliniske retningslinjer hvis de ikke blir pålagt det eller hvis det ikke gis konkret tilbakemelding om at det arbeidet du utfører ikke er tilfredsstillende. Ness (2008) hevder at en klagesak eller en annen form for krise, fører til at legen motiveres til endring. Hun hevder nemlig at legene er lite kritiske til eget arbeid og velger de enkleste løsninger, hvis ingen påpeker at arbeidet deres ikke er godt nok. Hun sier videre at det kun må utarbeides retningslinjer på de områder hvor det er fare for stor variasjon og hvor svikt kan få store konsekvenser. Retningslinjen må føles nyttig for at klinikeren skal bruke den. På Psykiatrisk legevakt er det utviklet retningslinjer for blant annet selvmordsrisikovurdering. Helsepersonell er enige om at det er en viktig retningslinje og helsetilsynet har vært ute etter å sjekke avvik på det området. Grunnlaget for god selvmordsvurdering er i følge Ness (2008), et systematisk arbeid med bevisstgjøring, opplæring og bruk av retningslinjer, og her har også lederen et ansvar.

Hvorfor er det vanskelig å implementere kliniske retningslinjer?

Har du noen tanker om hvorfor det er så vanskelig å implementere retningslinjer? Baker og medarbeidere (2001) hevder at det er psykologiske forhold hos klinikere som kan forklare hindringene ved implementering. Hvordan stiller du deg til en slik teori?

Ness (2008) mener at omstilling krever litt smerte, konsentrasjon, krenkelse og litt endring av innstilling. Videre vil arbeiderne være mer innstilt på endringsarbeid dersom et av vilkårene

ved ansettelsen er at arbeidet deres blir evaluert. I følge Ness (2008) er det vanskeligere dersom arbeidet er godt innarbeidet og en ny sjef forsøker å endre på det.

På legevakten er de ansatte klar over at de blir evaluert og får tilbakemelding på arbeidet sitt, og slik har det vært siden Ness ble sjef der. Ness (2008) forteller at det til å begynne med ble oppfattet som et kontroll regime, men sier at arbeiderne ser annerledes på det i dag. I følge Ness (2008), liker de å få tilbakemeldinger, fordi det er en god måte å lære på. Dessuten har Ness helseforetaket sin støtte i sitt arbeid.

Psykiatrisk legevakt har hatt problemer med å innføre kliniske retningslinjer. I 2000 ble det gjort journalrevisjon og 48 % av journalene manglet vurdering i journalene. For å bedre nivået på journalføringen ble arbeiderne tilbudt veiledning i journalskriving før neste revisjon, men bare 1 av de 50 arbeidstakerne takket ja til det. Ness (2008) mener det vitner om mangel på kritisk sans i forhold til eget arbeid. Det ble utviklet en scoringsnøkkel for å vurdere kvaliteten på journalene og 7 stykker fikk karakteren stryk. På det tidspunktet ble det ikke satt i verk tiltak overfør de som strøk, fordi hennes ”opinion leader” mente at arbeiderne var voksne nok til å gjøre noe med det selv. Ness (2008) mener at en leder må være tydelig, og si klart fra om hva som er akseptabelt og hva som ikke er det. Videre sier hun at en leder ikke kan akseptere noe som ikke er faglig forsvarlig, for da er lederen uansvarlig. Videre forteller hun at det var spesielt vanskelig å motivere erfarne overleger til å gå på kurs i selvmordsrisikovurdering. Grunnen er, i følge Ness (2008) at overlegene mener de kan det, men som hun poengterer, viste revisjonen at mange ikke hadde god nok kvalitet. Et annet problem, i følge Ness (2008), er at man som ung leder ikke har faglig legitimitet og autoritet. Det gjør det vanskelig å korrigere eldre leger og leger med større faglig anseelse. Dessuten er de unge og uerfarne mer ydmyke. Ness brukte tidlig i karrieren en gruppeteknikk, hvor hun fikk en eldre overlege med doktorgrad til å tale sin sak. Han fungerte som hennes ”opinion leader” for han hadde de ansatte respekt for.

Hvordan bør retningslinjene implementeres?

*Hva slags strategier har dere brukt på Psykiatrisk legevakt for å implementere retningslinjer?
Har de fungert bra?*

Ness (2008) poengterer at man kun må velge de områder klinkerne synes er viktige, når man skal innføre kliniske retningslinjer med påfølgende revisjon om retningslinjene er fulgt. Hun foreslår for eksempel at lederen kan spørre de ansatte hva de ønsker å bli testet på slik at de

kan være med å bidra til økt faglig kvalitet Videre mener hun at aktive implementeringsstrategier er mer effektive enn passive, men hun innrømmer at aktive implementeringsstrategier kan oppleves krenkende for arbeidstakeren, fordi det innebærer at man får tilbakemeldinger på sitt arbeid. Ness (2008) velger å skreddersy implementeringsstrategiene for den enkelte arbeidstaker. Hun mener at dette verken er kostbart eller tidkrevende, men hun ser på det som en lønnsom investering som sørger for at hun får en god arbeidstokk og få klagesaker. Ness (2008) forteller at implementeringsstrategiene går ut på at lederne oppfordrer de ansatte til å bruke kliniske retningslinjer og følge obligatoriske kurs. Videre skal det gis personlig veiledning til de klinikere som ikke når målene. Ved personlig veiledning vektlegges god relasjon mellom veileder og arbeidstaker. Det må gis mye ros samtidig som man er nøye, pirker på alt og gir konkrete tilbakemeldinger. Arbeidstakerne vil falle i faglig nivå igjen etter en tid og derfor er jevnlig intern revisjoner nødvendige. Det må være litt status å ha gjort det godt. Derfor deler Ness ut gullstjerne til de som gjør det bra og publiserer det i et nyhetsbrev som sendes til alle de ansatte. Det varsles ny revisjon for de som stryker tre måneder senere. Hun hevder at fagfolk ikke liker endring, men de liker heller ikke å være dårlige fagfolk og dette kan også brukes som motivasjon under implementeringen.

Hvordan bør kliniske retningslinjer utvikles?

Hvordan syntes du gruppesammensetningen skal være? Fretheim og medarbeidere (2006) hevder at gruppen bør være tverrfaglig og bestå av: Pasienter og/eller representanter fra samfunnet, helseøkonomer, politikere, helsepersonell som jobber innefor det aktuelle temaet, en prosjektleder og folk med skrive og redigeringskompetanse. Er du enig i en slik gruppesammensetning?

I følge Ness (2008) avhenger sammensetningen av hvilke typer retningslinjer som skal lages, hvem som er berørte parter og de økonomiske konsekvensene av retningslinjen. Hvorvidt en økonom skal være med eller ikke, er avhengig av de økonomiske konsekvensene av retningslinjen. Hun har vært med å utvikle nasjonale retningslinjer og da hadde de med brukerorganisasjoner, men ikke representanter fra 1. linje tjenesten fordi retningslinjen var ment for spesialisthelsetjenesten. Det fikk de kritikk for. Hun hevder at problemene ved utarbeidelse av retningslinjer, på nasjonalt nivå, er at aktørene ikke kjenner sin rolle i gruppen og den blir heller ikke forklart dem ved tiltredelse i gruppen.

Påvirker bruk av kliniske retningslinjer prognosen?

Hva er din erfaring fra legevakten?

Ness (2008) synes det er vanskelig å vurdere om bruk av retningslinjer bedrer pasientens prognose, men er sikker på at flere får bedre diagnostikk og vurdering. Hun hevder at retningslinjene sikrer et minimum, at de gir mindre variasjon og trolig også riktigere behandling. Hun synes det er vanskelig å lage statistikk som viser om det bedrer pasientens prognose, særlig når det gjelder antall selvmord, fordi tallmaterialet er så lite. Hun poengterer at tallene på antall selvmord har gått ned på Ullevål og velger å tro at det kan skyldes at flere får bedre behandling.

2.7. Sammendrag av intervju med Jannike Engelstad Snoek, 24.1.08

Blir kliniske retningslinjer fulgt?

Treweek og medarbeidere (2005) hevder i sin artikkel at retningslinjer ikke brukes så flittig av leger. Har du noen tanker om dette, eventuelt noen tanker om hvorfor de ikke blir anvendt? Bruker dere retningslinjer på UPA?

Snoek (2008) mener at dette er en for generell påstand. Hun sier at det kommer an på om retningslinjene er tilpasset og relevante for situasjonen. Videre sier hun at legen må betrakte retningslinjene som nyttige, relevante og at de gjør arbeidet lettere og ryddigere. Da er det et hjelpemiddel for både lege og pasient. Hun hevder at det kan bli for mange retningslinjer på for mange nivåer, slik at man blir sliten av det. Hun mener at de kan betraktes som enda et krav som legene føler de ikke har tid til. De som utarbeider retningslinjer, må sørge for at de er etterspurt. I følge henne skal det mye til for at klinikerne vil prøve noe nytt dersom de føler de behersker jobben sin. Det er når man står fast at de er til god hjelp. Hun mener at retningslinjer er viktige, men mener sunn fornuft også er viktig. Hun hevder at leger kan bli maskiner og individene borte hvis ikke helsepersonell bruker sine egne vurderinger. I følge henne må man hele tiden vurdere hvorvidt retningslinjen er nyttig eller ikke, og anvende den når situasjonen krever det. Hun sier at man må ut av dette med at alt nytt er bedre enn det gamle. Hun forteller at de får tilsendt en rekke retningslinjer på UPA, hun leser i gjennom dem og tenker; "javel, kjempefint, da fins det og da må vi forholde oss til det".

Hvorfor er det vanskelig å implementere kliniske retningslinjer?

Har du noen tanker om hvorfor det er så vanskelig å implementere retningslinjer? Har dere på UPA hatt noen problemer med å implementering, og i tilfelle hvorfor? Og hva har dere gjort med det?

Snoek (2008) mener at retningslinjene kan føles for bestemmende og sort – hvite og at dette kan føre til implementeringsproblemer. Hun hevder at implementering av retningslinjer ikke er noe problem, dersom retningslinjen er nyttig og etterspurt. Hun ser for eksempel ikke at implementering av retningslinje for selvmordsrisikovurdering kan by på problemer. Dette er et felt som er viktig, og derfor mener hun at det bare er å følge den og be sine ansatte om å gjøre det samme. Hun mener at problemet kan skyldes at man bare setter seg inn i de arbeidsoppgavene man gjør mest, at legene ikke er interessert i de retningslinjer som ikke angår dem i så stor grad. Hun bruker Oslo legevakt som et eksempel og sier at det er stor forskjell i journalkvalitet ved selvmordsrisikovurderinger gjort på avdelingen for allmennmedisin og avdelingen for psykiatri. De journalene skrevet på psykiatrisk legevakt er i toppklasse i forhold til de journalene som er skrevet av allmennlegene, i følge Snoek (2008). Hun hevder at stadig omorganisering og uklar ledelse kan gjøre organisasjonen uoversiktlig.

Hvordan bør retningslinjene implementeres?

Hva slags strategier har dere brukt på UPA for å implementere retningslinjer? Har de fungert bra?

Snoek (2008) mener at implementeringen må tilpasses forholdene på den institusjonen man leder. UPA er en liten arbeidsplass, hvor man har tid og mulighet til gå igjennom retningslinjene og velge om de vil bruke dem eller ikke. Hun hevder at en passiv implementeringsstrategi fungerer best på UPA. Her får de ansatte utdelt en perm, som inneholder de instruksjoner og retningslinjer de ansatte skal kunne, og hun mener at de ansatte er voksne nok til å sette seg inn i den på egenhånd. De ansatte kan komme og spørre dersom de lurer på noe. Som leder, signerer hun alle epikriser, og dessuten har de besøk av kontrollkommisjonen hver 14 dag. Er hun eller kommisjonen misfornøyd med noe, gis det personlig tilbakemelding om det. Hun ser at det kan være annerledes på store arbeidsplasser.

Hvordan bør retningslinjene utvikles?

Har du selv vært med på å utvikle retningslinjer? Hvordan syntes du gruppesammensetningen skal være? Fretheim og medarbeidere (2006) hevder at gruppen bør være tverrfaglig og bestå av: Pasienter og/eller representanter fra samfunnet, helseøkonomer, politikere, helsepersonell som jobber innefor det aktuelle temaet, en prosjektleder og folk med skrive og redigeringskompetanse. Er du enig i en slik gruppesammensetning? Hva med "ekspertens" rolle" i gruppen?

Snoek (2008) har vært med å utvikle retningslinjer for hvordan man skal håndtere atferdsforstyrrelser i barne- og ungdomspsykiatrien. Den gruppen bestod bare av barnepsykiatere. Hun synes det var provoserende å lese om ekspertens rolle. I følge henne er alle som sitter i en slik gruppe er subjektive. Dersom retningslinjer utvikles av andre som ikke har erfaring med faget, kan det medføre at fagfolk ikke vil følge retningslinjen.

Påvirker bruk av kliniske retningslinjer prognosen?

Baker blant annet hevder at bruk av retningslinjer bedrer prognosen til pasientene, er du enig? Hva er din erfaring fra UPA?

Snoek (2008) synes dette blir vanskelig å svare på. I artikkelen til Baker og medarbeidere (2001), hvor de bruker Becks depresjonsskala, kan det være andre ting som har bedret pasientens prognose, enn at klinikerne var flinke til å bruke retningslinjer. Hun hevder at mange ikke er klinisk deprimerte, men mer bekymret for dagligdagse ting og gjøremål, for eksempel jobben og familien, og mener at de trenger kanskje praktiske råd mer enn antidepressiv behandling. Hun tror ikke prognosen nødvendigvis blir bedre av at man følger retningslinjer, men at bedre kartlegging gir mer målrettet behandling. Hun tror at man bedrer pasientens prognose, fordi man faktisk jobber mer systematisk.

3. DISKUSJON

3.1. Blir kliniske retningslinjer fulgt?

Etter gjennomlesing av artikler og etter de to intervjuene, sitter vi igjen med en oppfatning av at retningslinjer blir lite anvendt. Treweek og medarbeidere (2005) konkluderer med at retningslinjer blir lite brukt blant fastleger i Norge, men deres forskning viser samtidig at noen retningslinjer blir fulgt, som for eksempel NSAM sitt handlingsprogram for diabetes. I følge forskerne kan dette skyldes at retningslinjen er godt markedsført og kommer i et brukervennlig format. Forskerne fremhever også viktigheten av at retningslinjen er lett tilgjengelig. Hepner og medarbeidere (2007) nyanserer dette ytterligere, og ser at elementer innen retningslinjen for diagnostikk og behandling av depresjon variere fra 100 % anvendelse til 23 % anvendelse.

Ewa Ness (2008) er enig med Treweek og medarbeidere (2005) at få leger anvender kliniske retningslinjer. Hun mener at så lenge det ikke er pålagt å følge retningslinjer eller legene ikke står ovenfor en krise, så vil få klinikere anvende dem.

Jannike Snoek (2008) synes påstanden om at retningslinjer ikke anvendes blir for generell. I følge henne er det helt avhengig av hva slags retningslinje som skal benyttes, til hvem og på hvilket nivå retningslinjene skal brukes.

3.2. Hvorfor er det vanskelig å implementere kliniske retningslinjer?

Baker og medarbeidere (2001) hevder at psykologiske forhold hos legen kan bidra til å forklare hvorfor det er så vanskelig å implementere kliniske retningslinjer. Blant annet mener forskerne at noen leger ikke ser behovet for forandring, noen mener de allerede har den beste kunnskapen og noen mangler begreper.

Ness (2008) hevder at fagfolk i utgangspunktet ikke liker endringer, og har en tendens til å bruke kunnskap de allerede har for eksempel fra studietiden. Videre at omstillinger vil koste smerte, konsentrasjon og litt krenkelse. Dette kan i følge henne gi problemer med implementeringen. Videre mener hun at det er viktig at de ansatte vet om implementeringsstrategiene, særlig evalueringen, før ansettelsestidspunktet. Ledelsen kan få

problemer med implementeringen, hvis de plutselig innfører dette, uten at de ansatte er klar over det på forhånd. Dessuten mener hun at det er viktig å ha helseforetakets støtte. Hun poengterer også at manglende tydelighet og ansvarlighet hos lederen kan være et problem. Lederen må gjøre det klart ovenfor de ansatte om hva som er akseptabelt. De må sjekke at klinikerne faktisk bruker retningslinjer og de må kunne gi konkrete tilbakemeldinger til sine ansatte. Videre kan man få problemer med implementering, hvis man ikke har respekt hos de ansatte, særlig vanskelig er det å overbevise erfarne leger. Videre kan det være vanskelig å innføre retningslinjer fordi klinikere mangler indre motivasjon, at de er lite kritiske til eget arbeid og kanskje at de ikke anstrenger seg nok. Videre sier hun at det fort kan bli for mange retningslinjer og påpeker at man kun må utarbeide retningslinjer på de områder hvor det er fare for stor variasjon og hvor svikt fører til store konsekvenser. Hun nevner retningslinjen for selvmordsrisikovurdering som et viktig område.

Snoek (2008) mener at kliniske retningslinjer kan være for bestemmende, og ta bort rom for personlige meninger og sunn fornuft. Hun mener videre at man kun setter seg inn i de retningslinjer som angår en mest. Stadig omorganisering og uklar ledelse kan også gi problemer med implementeringen. Hun mener at retningslinjene må være etterspurt og at klinikerne må betrakte dem som et hjelpemiddel for at legen skal ta dem i bruk. Hun mener også at det finnes for mange retningslinjer, og at de fort kan oppfattes som enda et krav som legene ikke føler de har tid til. Hun tror at retningslinjene ikke benyttes hvis legene føler at de behersker området fra før. Hun sier videre at man skal være kritisk til forskningen og ikke stole blindt på at all ny kunnskap er bedre enn den gamle. Hun mener at vi trenger personlige vurderinger, for å unngå at legene blir maskiner.

Ness (2008) legger ansvaret både på klinikerne og ledelsen når hun argumenterer for hvorfor retningslinjene ikke blir brukt. Snoek (2008) fremhever kun forhold hos klinikerne. Lederne har svært forskjellig syn på hvorfor klinikerne ikke anvender retningslinjer. Ness (2008) antyder at det kan skyldes latskap hos legen, mens Snoek (2008) mener det kan skyldes mangel på tid og antyder at retningslinjene faktisk ikke alltid er et hjelpemiddel. Ingen av overlegene problematiserer Treweek og medarbeidere (2005) sine synspunkter om at tilgjengelighet og brukervennlighet har noen effekt på bruken av retningslinjer. Det lederne er enige om er at det fort kan bli for mange retningslinjer og at de som utarbeider retningslinjene må forsikre seg om at de er etterspurt. Lederne er enige om at retningslinje for selvmordsrisikovurdering er viktig og nyttig. Det interessante er at Hepner og medarbeidere

(2007) viste at nettopp dette var en retningslinje som i liten grad ble anvendt. Dette gjaldt riktignok allmennleger, og Snoek (2008) poengterte dette problemet, at man kun er villig til å ta i bruk de retningslinjer som angår en mest. Dette er paradoksalt, man skulle tro at klinikere brukte retningslinjer når de er usikre og uerfarne. Grunnen kan kanskje være at nettopp allmennleger er de som arbeider med den bredeste pasientgruppen, og det er kanskje urimelig å forlange at de skal være oppdatert på alle retningslinjer. Basert på forskning (vedlegg 1) og intervjuobjektene kan det synes som problemet er todelt. På den ene siden dreier det seg om leger som ikke kjenner til retningslinjene fordi de ikke leser dem. På den andre siden har man leger som leser dem, men som likevel velger ikke å bruke dem i praksis. Ingen av våre intervjuobjekter diskuterer denne problemstillingen direkte, men de er inne på det når de argumenterer for at retningslinjer må oppfattes som et hjelpemiddel for at klinikerne skal anvende dem. Det som ikke kommer fram er hvorfor eventuelt helepersonell ikke betrakter retningslinjer som et hjelpemiddel. Kan det skyldes at retningslinjen oppfattes som lite troverdig og unyttig, eller kan det skyldes at legen har en forestilling om at han/hun ikke trenger justeringer på det feltet?

3.3. Hvordan bør retningslinjene implementeres?

Baker og medarbeidere (2001) mener at implementeringsstrategier må skreddersys med utgangspunkt i de psykologiske barrierene som kan identifiseres hos den enkelte lege. Dersom en lege for eksempel mener at den kunnskapen han har er bedre enn den nye, så må man vise den aktuelle legen dokumentasjon på at det faktisk ikke er slik. Forskning viser at passive implementeringsstrategier av ulike grunner er lite effektive. Fretheim og medarbeidere (2006) mener at alle aktive implementeringsstrategier er effektive, men ingen er effektive under alle omstendigheter.

Ness (2008) hevder også at aktive implementeringsstrategier er mest effektivt.

Implementeringsstrategiene ved psykiatrisk legevakt omfatter gjennomlesning av journaler med vurdering etter en målsetting satt på forhånd, veiledning til arbeiderne som ikke har vist tilfredsstillende resultater ved evalueringene, obligatoriske kurs, regelmessige revisjoner og konkrete tilbakemeldinger til den enkelte. Hun legger særlig vekt på personlig veiledning, og da spesielt ros og alliansebygging samtidig med konkret hjelp til det den ansatte ikke mestrer. Ness (2008) hevder at lederen må følge de ansatte nøye opp, fordi de ansatte ikke er voksne nok til å ta ansvar selv. Som ny og ung sjef anvendte hun en gruppeteknikk for å få gjennomslag for forbedringer, hvor hun fikk den mest anerkjente faglige overlegen i ledelsen

til å tale sin sak, og hadde suksess med det. Videre understreker hun betydningen av en tydelig lederprofil, og det å være tydelig på hva man aksepterer av standard og hva man ikke synes er greit. Det er mange leger som tror at de er sin egen sjef. Det gjør det vanskelig å lede en avdeling, i følge Ness (2008). Medarbeidere må la seg lede for at hele avdelingen skal bli god, ellers blir variasjonen mellom enkeltpersoners kvalitet og service for stor. Lederne må hjelpe de ansatte til å bli gode blant annet gjennom veiledning og kurs. Ansettelse av de riktige folkene er også en lederoppgave. En side av det er at man velger ut motiverte og dyktige fagfolk, men i tillegg må man allerede på ansettelsestidspunktet klargjøre hva man forventer av vedkommende. Ness (2008) sin erfaring er at dersom man plutselig innfører revisjon i en virksomhet møtes det ofte med motstand, men dersom det opplyses om at slik driver denne virksomheten før ansettelse kan det virke rekrutterende.

Snoek (2008) er helt uenig med Ness (2008) om at de ansatte ikke er voksne nok til å ta ansvar selv. Videre synes hun at passive implementeringsstrategier fungerer bra på UPA. Her får de ansatte utdelt en perm som inneholder det de skal kunne. Hun krever og mener at de ansatte er voksne nok til å sette seg inn i denne selv. De ansatte får selvfølgelig beskjed om at eventuelle uklarheter kan drøftes.

Forskjellene er store mellom lederne når det gjelder implementeringsstrategier. Noe av forklaringer kan nok skyldes at de leder to vidt forskjellige institusjoner, men det er også helt tydelig at de har valgt hver sin lederstil. UPA er et lite og oversiktlig sted, hvor avdelingsoverlegen har god oversikt over arbeidet til de ansatte gjennom daglige morgenmøter og gjennomlesing av epikriser, med påfølgende tilbakemeldinger på mangler. Videre er kontrollkommisjonen innom hver fjortende dag og leser journalene nøye. De stiller krav til at dokumentasjonen er i henhold til loven. På bakgrunn av dette mener Snoek at den beste implementeringsstrategien på avdelingen er en passiv strategi. Hun mener likevel at problemet kan være større på store avdelinger med mange ansatte.

Psykiatrisk legevakt er en akuttavdeling med ca 45 ansatte hvorav ca 30 leger, alle med annen hovedjobb. Avdelingen er stor og uoversiktlig og de ansatte er utsatt for et høyere arbeidstempo her enn de som arbeider på UPA. De gjør svært ofte selvmordsrisikovurderinger, og alle er enige om at de vurderingene er viktige. Dessuten er tilsynsmyndighetene opptatt av å sjekke kvaliteten i disse vurderingene. Ness (2008) har valgt en tydelig lederprofil og er veldig klar på at det er lederen som bestemmer hva som skal

utføres. Ness sin implementeringsstrategi har gitt betydelig bedre journalkvalitet. Snoek (2008) sier at journalene som kommer fra Psykiatrisk legevakt er av veldig god kvalitet, noe som kan tyde på at folk utenfor psykiatrisk legevakt også legger merke til det gode arbeidet.

Det er ikke noen entydig konklusjon på hvordan retningslinjer bør implementere. Ut fra intervjuene ser det ut til at lokale forhold er viktige når implementeringsstrategi skal velges, både lederens stil og avdelingens oversiktighet. Det virker som det i dag er helt opp til hver enkelt lege om de vil ta retningslinjer i bruk eller ikke. Retningslinjer oppfattes som anbefalinger, og ikke som rigide, pålagte regler, selv om de kan være det. Ledelse kan beslutte å innføre retningslinjer slik man har gjort ved Psykiatrisk legevakt ved Ullevål universitetssykehus. De har også sjekket om retningslinjene følges ved hjelp av revisjoner. Det er lite utbredt i andre sykehus. Helsetilsynet kan også bruke revisjoner for å sjekke om lover og forskrifter følges og for å sjekke om sykehus har internkontrollsystemer der retningslinjer inngår.

En svakhet ved oppgaven vår er at vi ikke fant noen artikkel som tok for seg økonomiske aspekter ved å bruke aktive implementeringsstrategier. Baker (2001) hevder at det kan bli dyrt, men at det kanskje er så effektivt at det likevel kan lønne seg. Ness (2008) mener at det verken er særlig tidkrevende eller kostbart, og påpeker hvor mye tid og penger avvik og klager koster.

3.4. Hvordan bør retningslinjene utvikles?

Fretheim og medarbeidere (2006) sier at gruppens sammensetning har mye å si for innholdet av kliniske retningslinjer, og foreslår at gruppen bør være bredt sammensatt. Hvis gruppen skal fungere trenger de en effektiv leder, som sørger for at alle gruppemedlemmene er kjent med metoden og prosessen som skal anvendes når retningslinjer utvikles. NICE mener at ekspertens rolle kan begrenses til de helsefaglige spørsmålene, og ikke være involvert når de siste bestemmelsene tas. Grunnene er at eksperten kan bli for subjektiv og bruker for lite systematiske metoder. De mener at ekspertene bør delta i gruppen kun på grunn av sine faglige kunnskaper.

Ness (2008) har erfaring med å utvikle retningslinjer både på avdelingsnivå og på nasjonalt nivå. Hun forteller at man har lite erfaring med implementering og utvikling av retningslinjer i Norge. Problemet når det gjelder å utvikle retningslinjer på nasjonalt nivå, kan i følge Ness

(2008), være at manglende forståelse av metode eller prosess kan føre til at gruppemedlemmene ikke forstår rollen sin. Ness (2008) sier at sammensetningen av gruppen er avhengig av hvilken retningslinje som skal utarbeides, de økonomiske konsekvensene og hvem som berøres av retningslinjen. Hun mener videre at det ikke er nødvendig at førstelinjetjenesten er med som medlemmer i gruppen, når man skal utvikle retningslinjer for spesialhelsetjenesten.

Snoek (2008) har vært med på å utvikle en retningslinje for håndtering av atferdsforstyrrelser. Retningslinjen var ment for spesialhelsetjenesten og gruppemedlemmene var kun spesialister i barnepsykiatri. Snoek ble provosert av at NICE begrenset ekspertens rolle i utarbeidelsen av retningslinjer. Hun mener at eksperten bør ha en sentral rolle, og ville selv ikke fulgt en retningslinje som var utarbeidet uten at eksperten hadde fått sagt sitt. Snoek påpeker at alle i gruppen er subjektive, ikke bare ekspertene.

Ness har bredere erfaring enn Snoek, når det gjelder utarbeidelse av retningslinjer. Hun påpeker videre at vi har liten erfaring med implementering og utvikling av retningslinjer i Norge. Vi føler i ettertid at dette spørsmålet ble lite diskutert i intervjuet, og vi fikk ingen entydige svar på hvem som burde utvikle retningslinjer. Det virker som at intervjuobjektene synes dette er helt avhengig av hva slags retningslinje som skal utvikles. Det er en svakhet med oppgaven at dette spørsmålet ble mangelfullt besvart, i og med at Fretheim og medarbeidere (2006) hevder at gruppesammensetningen har mye å si for innholdet i retningslinjene. I og med at litteraturen og særlig Ness påpeker at retningslinjer blir lite brukt, kunne det vært interessant å vite om intervjuobjektene mener at det er et forbedringspotensial i selve utarbeidelsen av retningslinjene. Vårt inntrykk er at dette spørsmålet ikke engasjerte intervjuobjektene i så stor grad som de foregående problemstillingene.

3.5. Påvirker bruk av kliniske retningslinjer prognosen?

I de artiklene vi refererer til legges det frem statistikk som viser at det er en signifikant forbedring av pasientens prognose ved bruk av retningslinjer. Ness (2008) synes spørsmålet om prognose blir vanskelig å svare på, fordi antall selvmord er for lite til å lage statistikk. Likevel påstår hun at flere pasienter får bedre diagnostikk, vurdering og behandling. Antall selvmord på Ullevål har gått ned, og Ness (2008) mener at dette kan skyldes bedre diagnostikk og behandling av pasientene. Snoek (2008) mener at prognosen blir bedre fordi man ved å bruke retningslinjer jobber mer målrettet og systematisk.

4. KONKLUSJON

På bakgrunn av funn i oppgaven kan vi konkludere med at kliniske retningslinjer blir lite brukt.

Det er ikke noen entydig konklusjon på hvordan retningslinjer bør implementeres, men i de fleste tilfeller kan det synes mest effektivt å bruke en aktiv implementeringsstrategi. Hvorvidt ledelsen skal anstrenge seg i arbeidet om å implementere retningslinjer bør veies opp mot utfallet av en eventuell svikt ved å ikke anvende retningslinjen. Ansvaret når det gjelder å få flere til å bruke retningslinjer, synes både å ligge hos de som utarbeider retningslinjer, ledelsen og klinikerne selv. Det bør kun utarbeides retningslinjer som det er stort behov for, og hvor svikt får store konsekvenser. Videre bør ledelsen velge en implementeringsstrategi som er egnet for den institusjonen de har ansvaret for. Vi mener at klinikerne selv har et ansvar for å sette seg inn i retningslinjene uavhengig av om de arbeider under en ledelse som velger passive eller aktive strategier, eller om de arbeider selvstendig.

I utarbeidelsen av retningslinjer, særlig på nasjonalt nivå, mener de med erfaring fra dette at gruppesammensetningen bør være tverrfaglig, hvor alle berørte parter bør være representert. Videre bør gruppen styres av en person med ledererfaring, som sørger for at alle medlemmene i gruppen deltar og forstår prosessen med å lage retningslinjer.

Litteraturen vi gjennomgår viser at prognosen bedres signifikant ved bruk av retningslinjer. Intervjuobjektene synes dette ble vanskelig å besvare, blant annet fordi de manglet materiale. Man kan sannsynligvis hevde at bruk av retningslinjer fører til at legen utfører et faglig forsvarlig arbeid og at både kliniker og pasient kan være trygge på at den optimale behandling har blitt gitt. På den andre siden kan det tenkes at man noen ganger må gå utover retningslinjene for å oppnå optimal behandling, og også til og med gi behandling som ikke har dokumentert effekt fordi pasienten ønsker det. Men da skal man dokumentere det i journalen.

Prosjektoppgaven er skrevet av to medisinstudenter som har meget liten klinisk erfaring. Ut i fra vårt ståsted er det trygt å vite at det fins retningslinjer for alle felt innefor medisinen. Som uerfaren lege er man engstelig for å begå feil, men følger man retningslinjene og dokumenterer at de er fulgt, er man trygg på at man har gjort sitt beste. På den andre siden må man jo tenke selv også og ikke gjemme seg bak retningslinjene. For oss virker det rimelig å følge «bruksanvisningene» på de områder hvor man er usikker. Videre ville det føles trygt å

ha en ledelse som gjorde sitt ytterste for å implementere retningslinjene, ved hjelp av for eksempel kurs, tilbakemelding og veiledning. På en annen side kan vi godt forstå at en god innarbeidet praksis er vanskelig å endre. At det nærmest kan føles bortkastet å delta på kurs eller lese en tilsendt retningslinje på et felt, man allerede kan så godt fra før. Det er vel ingen tvil at man gjennom lang klinisk erfaring opparbeider seg en viss stolthet og selvsikkerhet i det arbeidet man utfører, og i mange tilfeller med meget god grunn. Det gjelder bare å ikke bli blind for at ny forskningsbasert kunnskap kan gjøre arbeidet enda bedre. Som lege bør man til enhver tid ha et indre ønske om å lære noe nytt, og veve dette sammen med gammel lærdom. Både for deg selv, og selvfølgelig for pasienten.

REFERANSER

Baker R, S Reddish, N Robertson, H Hearnshaw, B Jones (2001) Randomised controlled trial of tailored strategies to implement guidelines for the management of patients with depression in general practice. *British Journal of General Practice*, 51, 737-741.

Beck AT, RA Steer (1993) *Beck depression inventory manual*. The Psychological Corporation.

Ekeberg Ø(2006) Hva bør gjøres ved selvmordsatferd. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 126, 2932.

Fretheim A, HJ Schünemann, AD Oxman (2006) 15. Disseminating and implementing guidelines. In: *Improving the use of research evidence in guideline development* (by Oxman AD, HJ Schünemann, A Fretheim og SURE), 11, 117-127. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2007.

Fretheim A, HJ Schünemann, AD Oxman (2006) 3. Group composition and consultation process. In: *Improving the use of research evidence in guideline development* (by Oxman A D, HJ Schünemann, A Fretheim og SURE), 11, 35-40. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2007.

Fretheim A (2006): *Kliniske retningslinjer: Hvorfor spriker de? Endrer de praksis?* Fagseminaret” Evidence based medicine 2” I regi av MSD og institutt for farmakoterapi UIO, 11.02.06.

Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell m.v. (Hpl). Lov-1999-07-02-64.

Helsetilsynet (2003): *Tilsyn: Hva er tilsyn?* <http://www.helsetilsynet.no>[lesedato:15.02.2008]

Hepner KA, M Rowe, K Rost, SC Hickey, CD Sherbourne, DE Ford, LS Meredith, LV Rubenstein.(2007) The effect of adherence to practice guidelines on depression outcomes. *Annals of internal medicine*, 147 (5), 320-329.

Johansen JA, K Cordt-Hansen (2006) Faglig forsvarlighet i psykisk helsevern. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 43, 714-718.

Kunnskapsforlaget (2005) *Kunnskapsforlagets blå språk og ordbokstjeneste*. Norsk ordbok. <http://www.ordnett.no>[lest: 20.02.2008]

Magnus P, LS Bakketeig (2002) *Prosjektarbeid i helsefagene*. Gyldendal Norsk Forlag AS, 1 utgave, 2.opplag.

Ness E (2008) Intervju med Ewa Ness 220108

Snoek JE (2008) Intervju med Jannike Engelstad Snoek 240108

Treweek S, S Flottorp, A Fretheim, K Håvelsrud, D Kristoffersen, AD Oxman (2005)
Retningslinjer for allmennpraksis – blir de lest og blir de brukt? *Tidsskrift for den norske
lægeforening*, 125, 300-3.

VEDLEGG 1. TABELL 1, TREWEEK OG MEDARBEIDERE (2005)

Tabell 1. Fastlegers kjennskap til, og bruk av, 19 publiserte retningslinjer i forhold til hvordan retningslinjene var distribuert

Retningslinjer	Bruker i praksis Prosent	Har lest Prosent	Har tittet på Prosent	Har hørt om Prosent	Kjenner ikke Prosent	Ikke angitt Prosent
Tidsskrift for Den norske lægeforening						
Forebyggende livsstilsråd mot hjerte- og karsykdommer i primærhelsetjenesten (22/2000)	15	22	25	19	17	2
Medikamentell forebygging av hjerte- og karsykdommer i allmennpraksis (22/2000)	16	26	23	16	17	2
Diagnostikk og behandling av sår hals (15/2000)	14	21	18	15	30	2
Diagnostikk og behandling av akutte vannlatingsplager hos kvinner (15/2000)	11	19	20	17	31	2
Medikamentell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer - hvem bør behandles? (23/2002)	16	28	23	14	16	2
Hvilke blodtrykkssenkende legemidler bør brukes for primær forebygging av hjerte- og karsykdommer (23/2002)	18	32	22	12	15	2
Ulike faglige organisasjoner						
NSAMs handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis	52	24	15	4	3	1
Screening for prostatakreft. Fra Senter for medisinsk metode vurdering	20	39	20	10	10	2
Akutte korsryggssmerter. Tverrfaglige, kliniske retningslinjer fra Nasjonalt ryggnettverk	22	31	22	14	9	1
Statens legemiddelverk (terapi anbefalinger)						
Behandling av osteoporose	20	30	31	12	6	1
Behandling av type 2-diabetes	27	33	24	8	7	2
Andre terapi anbefalinger fra SLV	7	13	18	8	16	38
Statens helsetilsyn («veiledere»)						
Stemningslidelser - kliniske retningslinjer for utredning og behandling	4	14	29	21	29	3
Antibiotika i allmennpraksis	18	27	29	15	9	2
Eventuelt andre veiledere fra Helsetilsynet	3	6	9	7	20	54
Andre						
Retningslinjer publisert i internasjonalt medisinsk tidsskrift	5	12	23	19	34	8
Regionale retningslinjer (f.eks. for fylket eller et sykehusområde)	10	12	20	14	36	8
NOKLUS-perm	17	11	31	22	15	4
Retningslinjer utviklet i egen praksis	31	10	12	6	31	10

VEDLEGG 2. TABELL 2, BAKER OG MEDARBEIDERE (2001)

Support and treatment given between

Table 2. Changes in adherence of practitioners to guideline recommendations between data collections in the control and intervention groups, for male and female patients included together. Figures are numbers of patients (% of eligible patients).

	First data collection		Second data collection		Odds ratio ^a 95% CI
	Control	Intervention	Control	Intervention	
Total number of patients	192	210	181	197	
Diagnosis: 3 or more symptoms recorded	86 (44.8)	83 (39.5)	83 (45.9)	113 (57.4)	1.9 (0.9–3.8)
Suicide risk assessed at diagnosis	42 (21.9)	42 (20.0)	48 (26.5)	131 (66.5)	5.6 (2.8–11.3)
Treated with antidepressant or cognitive therapy	180 (93.8)	191 (91.0)	168 (92.8)	188 (95.4)	2.5 (0.7–9.2)
Antidepressant in therapeutic dose	106 (69.7)	121 (73.3)	127 (78.9)	155 (87.6)	1.3 (0.6–3.2)
Reviewed at 3 weeks	127 (83.6)	139 (84.2)	129 (80.1)	146 (82.5)	1.1 (0.5–2.4)
Risk of suicide re-assessed at 3 weeks	4 (3.2)	14 (10.1)	13 (10.1)	31 (21.2)	0.7 (0.2–3.0)
Those treated are to have two or more follow-up consultations	83 (54.6)	85 (51.5)	75 (46.6)	108 (61.0)	2.0 (0.9–4.0)
Treated for 4 months	69 (45.4)	85 (51.5)	66 (41.0)	92 (52.0)	1.2 (0.6–2.4)
BDI <11 at diagnosis	7 (4.5)	8 (4.7)	6 (3.9)	4 (2.5)	0.6 (0.1–3.0)
BDI <11 at 4 weeks	22 (17.9)	24 (17.4)	30 (23.3)	27 (18.9)	0.8 (0.4–1.8)
BDI <11 at 16 week	49 (45.0)	31 (27.0)	50 (42.0)	58 (45.0)	2.5 (1.2–5.2)

^aRatio between study groups of the odds ratios within study groups of change in compliance with guidelines (or outcome) between data collections.

VEDLEGG 3. TABELL 4, HEPNER OG MEDARBEIDERE (2007)

*Table 4. Regression Analyses to Predict Patient Outcomes at 12, 18, and 24 Months **

Predictor Variable	β Value (95% CI) for Predicting Depression Symptom Score	Odds Ratio (95% CI) for Predicting Persistent Depression
Outcome at 12 months (n = 876)		
Intercept	-1.47 (-5.7 to 2.7)	-3.52 (-4.2 to -2.8)
Depression prognostic index	1.00 (0.9 to 1.1)	1.08 (1.06 to 1.09)
Depression quality index	-7.86 (-11.6 to -4.1)	0.75 (0.54 to 1.03)
Outcome at 18 months (n = 731)		
Intercept	-0.42 (-5.5 to 4.6)	-3.46 (-3.9 to -3.0)
Depression prognostic index	0.96 (0.9 to 1.1)	1.07 (1.05 to 1.08)
Depression quality index	-7.00 (-11.0 to -3.0)	0.64 (0.41 to 0.98)
Outcome at 24 months (n = 745)		
Intercept	2.8 (-2.6 to 8.2)	-3.04 (-3.9 to -2.2)
Depression prognostic index	0.9 (0.8 to 1.0)	1.07 (1.05 to 1.08)
Depression quality index	-9.32 (-14.4 to -4.2)	0.59 (0.38 to 0.91)

* Adjusted for patient prognosis.

VEDLEGG 4. TABELL 5, HEPNER OG MEDARBEIDERE (2007)

*Table 5. Mean Modified Center for Epidemiologic Studies–Depression Scale Scores and Predicted Probability of Persistent Depression at 12, 18, and 24 Months, by Prognosis and Quality Tertiles**

Baseline Prognostic Group†	Low-Quality Care			Middle-Quality Care			High-Quality Care		
	Patients, <i>n</i>	Mean (\pm SE) Modified CES-D Scale Score‡	Probability of Persistent Depression	Patients, <i>n</i>	Mean (\pm SE) Modified CES-D Scale Score‡	Probability of Persistent Depression	Patients, <i>n</i>	Mean (\pm SE) Modified CES-D Scale Score‡	Probability of Persistent Depression
12 months									
Best prognosis	80	26.1 \pm 2.8	0.18	121	23.5 \pm 1.9	0.16	86	23.8 \pm 2.3	0.15
Middle prognosis	90	39.2 \pm 2.7	0.38	90	35.1 \pm 2.6	0.35	90	33.7 \pm 1.8	0.33
Worst prognosis	84	55.5 \pm 2.0	0.63	97	51.6 \pm 2.0	0.59	104	46.9 \pm 2.1	0.57
18 months									
Best prognosis	70	24.1 \pm 2.3	0.18	96	25.0 \pm 1.9	0.15	72	23.8 \pm 2.0	0.13
Middle prognosis	74	37.1 \pm 2.8	0.35	79	35.9 \pm 2.5	0.31	102	32.7 \pm 2.4	0.28
Worst prognosis	71	56.2 \pm 2.3	0.58	77	49.7 \pm 3.1	0.53	90	46.2 \pm 2.0	0.49
24 months									
Best prognosis	72	28.4 \pm 3.0	0.23	103	26.4 \pm 2.2	0.19	74	22.9 \pm 2.3	0.16
Middle prognosis	75	37.2 \pm 2.3	0.41	72	33.7 \pm 2.4	0.35	111	32.5 \pm 1.7	0.31
Worst prognosis	74	55.2 \pm 2.3	0.61	74	49.9 \pm 2.8	0.56	90	49.4 \pm 2.9	0.51

* CES-D = Center for Epidemiologic Studies–Depression.

† Based on the depression prognostic index.

‡ Modified CES-D scores range from 0 to 100; higher scores indicate worse depression. Prognostic tertile cut-points are 33.0 and 44.3 (range, 8.2 to 73.8). Quality tertile cut-points are -0.11 and 0.19 (range, -2.1 to 1.0).

VEDLEGG 5 PRESENTASJON AV INTERVJU MED EWA NESS

Presentasjon av intervju med Ewa Ness, 22.1.08

Blir kliniske retningslinjer brukt?

Treweek og medarbeidere (2005) hevder i sin artikkel at retningslinjer ikke brukes så flittig av leger. Har du noen tanker om dette, eventuelt noen tanker om hvorfor de ikke blir anvendt? Bruker dere retningslinjer på legevakten i Storgata?

Ingen, eller veldig få, bruker retningslinjer, hvis de ikke blir pålagt det. Man må ikke lage retningslinjer på de områder som ikke er viktige. Retningslinjer er nyttige på de områder der det er viktig å redusere variasjon og hvor det er fare for svikt og hvor svikten får store konsekvenser, f. eks selvmordsrisikovurdering. Hvis man lager for mange retningslinjer, så vil ikke retningslinjene virke meningsfylte for klinikere. Min erfaring etter å ha implementert retningslinjer her på Psykiatrisk divisjon (UUS) og på Psykiatrisk legevakt er at grunnlaget for gode selvmordsvurderinger er systematisk arbeid med bevisstgjøring, opplæring og retningslinjer. Min erfaring er at retningslinjer blir lite brukt. Man må ha en indre motivasjon for å ta dem i bruk. Det holder ikke at noen andre mener at du må anvende dem. For å bli motivert til endring av praksis, må det være krise. I klinikken er det alltid noen som ønsker å være best, og som alltid vil holde seg inne med alle faglige oppdateringer. De andre gjør bare det som skal til for å gjøre jobben. Det er helt utrolig hvor lite folk gjør hvis de kan slippe unna med det. De fleste klinikere gjør akkurat det de må gjøre og ikke noe mer. Det er veldig skuffende å se hvor lite klinikere anstrenger seg faglig. Det er lettest å la være å bruke retningslinjer, leser dere for eksempel bruksanvisninger? Det er få som gjør det, og slik er det også med retningslinjer. Du leser dem ikke før du trenger dem, eller møter på et problem, for eksempel at din pasient dør. Da kan det hende at du retter deg etter retningslinjene, slik er det. Dette er min erfaring. Man må spørre seg selv; ”hvorfor skal jeg bruke retningslinjer”, Jo, fordi det jeg gjør i dag ikke er bra nok, og hvordan vet jeg at det jeg gjør i dag ikke er bra nok, det gjør jeg vanligvis ikke, fordi ingen har sjekket det. Men hvis du får en klagesak mot deg, da har noen kikket deg i kortene og gitt deg en konkret tilbakemelding. Eller hvis virksomheten får tilsyn fra helsetilsynet. På legevakten bruker vi blant annet retningslinjer for selvmordsrisikovurdering (SMV). Folk er enige om at det er helt nødvendig med retningslinjer for SMV, man trenger ikke å argumentere på dette, og tilsynsmyndighetene har vært ute etter å sjekke avvik. Like etter trikkedrapet i 2004, var selvmordshåndtering det første vi begynte med her på Ullevål. Vi hadde da flere selvmord vi fikk kritikk for, og flere selvmord vi ikke hadde meldt. Derfor satt vi oss ned og lagde retningslinjer for melding av selvmord til fylkeslegen, selvmordsrisikovurdering, retningslinjer for obligatorisk opplæring i SMV og en retningslinje for hvordan man skulle ta seg av etterlatte og pårørende. Alle leger som går vakt, skal ha opplæring i SMV. Jeg tror vi de første i Norge på å være så systematiske på dette området.

Hvorfor er det vanskelig å implementere kliniske retningslinjer?

Har du noen tanker om hvorfor det er så vanskelig å implementere retningslinjer? Baker og medarbeidere(2001) hevder at det er psykologiske forhold hos klinikere som kan forklare hindringene ved implementering. Hvordan stiller du deg til en slik teori?

Jeg er enig med Baker. Man må motivere leger/fagfolk for endring. Det må være ille før man motiveres til å gjøre noe med det. Ingen fagfolk liker å være dårlige. Det er motivasjon i seg selv. Fagfolk liker ikke endring. Dere kan jo tenke dere selv. At dere plutselig skal gjøre noe dere ikke har pleid å gjøre, det liker dere ikke. Stort sett bruker vi de kliniske/ terapeutiske tilnærmingene vi har lært i studietiden, og hvis det skjer store endringer, så klarer ikke fagfolk å omstille seg uten videre. Nå har for eksempel psykodynamisk psykoterapi vært den rådende behandlingen i mange år, så kommer kognitiv terapi. Den kom riktignok for 15 år siden, men først nå begynner det å bli akseptert og tilgjengelig. Fagfolk driver fortsatt med psykoanalyse, selv om det ikke er bevist at det virker, og det er lite kostnadseffektivt. Hvis du skal omstille deg, så koster det litt smerter, konsentrasjon, litt krenkelse, litt endring av innstilling. Det vil de fleste ikke. Men de kan være villige til å gjøre det, hvis de oppnår noe etterpå. For eksempel for å få en ny jobb, så må du kunne sånn og sånn. Da kan du være villig til å ta deg sammen. Dersom jobbkriteriene sier det, da er folk mer innstilt på det, enn hvis det kommer en ny sjef på jobben, som har lyst til å gjøre ting helt annerledes. Når jeg rekrutterer nye på legevakten, så forteller jeg hvor strenge krav vi har til dem som skal jobbe her. At du får tilbakemelding hele tiden og at arbeidet ditt blir regelmessig evaluert. Nå har jeg ledet tjenesten i 12 år. Til å begynne med reagerte de på meg og mente at jeg drev med et unødvendig kontrollregime. For 12 år siden var det helt uvanlig å drive med det jeg driver med i dag. I dag er det helt akseptert og framholdt som et forbilde. I dag er det Helse sør - øst som sier at sånn skal det være. Nå kommer folk til oss fordi de ønsker å lære noe. De sier; "Jeg får jo ikke tilbakemeldinger i hovedjobben min, så det er her jeg kan lære noe". De vil veldig gjerne ha tilbakemelding, de vil veldig gjerne bli gode.

Er du enig i det Baker hevder om de psykologiske teoriene; at de gamle metodene er så innarbeidet, at det er vanskelig å gi slipp på dem.

Ja, det gjelder alt vi gjør. Det ser man jo bare når det gjelder vårt eget personlige liv. For eksempel det å bytte mobiltelefon til et nytt operativsystem vegrer mange seg for.

Dette med at mange ikke føler seg trygge nok og mangler "begreper", for eksempel når det gjelder selvmordsvurdering. Har du hatt noe erfaring med det?

Ja, men han snakker vel om allmennleger? Hos oss er ikke det noe problem. De må lære seg hvordan de skal formulere seg i vurderingen, og det får de som en del av opplæringen. De skal for eksempel summere selvmordstanker og selvmordsplaner og ikke konkludere med at pasienten ikke er suicidal. Eller at pasienten har høy eller lav selvmordsrisiko, for det har de ikke belegg for. Så det er riktig, da gir vi dem begreper.

Har dere på legevakten hatt problemer med implementering, og i tilfell hvorfor? Og hva har dere gjort med det?

Ja, vi innførte retningslinjer for journalføring i -97. Fordi vi fant ut at få fulgte retningslinjer, og fordi vi fikk klagesaker på journalføring. I 2000 bestemte vi oss for at vi skulle kikke i journalene å gjøre en revisjon. Det var vel omtrent ikke gjort i Norge på den tiden, fra fagfolk selv. Når vi gjorde det, meldte vi fra i god tid, og sa vi ønsket at de skulle bruke journalmalen, som bestod av: bakgrunn, aktuell status, vurdering og tiltak. På forhånd gjorde vi en kartlegging av hvordan nivået på journalkvalitet var. Kun 52 % av journalene hadde en vurdering. Dette var mye lavere enn det vi hadde forventet. Deretter informerte vi om revisjon om 6 mnd. Vi tilbød veiledning til de som var usikre på dokumentasjon. Det var det bare en sykepleier som meldte seg, av de 50 ansatte. Vi tok tre journaler fra hver og scoret anonymt.

Vi laget en scoringsnøkkel der 1 var gullstjerne, 2 var bra, 3 var akseptabelt og 4 var stryk. Det var 7 stk som strøk. Det var et sjokk for fagfolkene. Selv om vi hadde informert dem på forhånd hadde de liksom ikke oppfattet det. Mange leser ikke brev fra ledelsen så nøye. Da ble det mye støy. Vi kjørte en ny runde året etter og nå gjør vi nå fast annen hvert år og på alle nye medarbeidere

Det som jeg også bruker som motivasjon når det gjelder implementering, er at fagfolk lar seg motivere fordi de ønsker å være gode fagfolk. Jeg brukte også en "opinion leader", den mest ansette psykiateren i implementeringen fordi han satt i ledergruppen. Jeg fikk han til å markedsføre endringene. Det aksepterte de i mye større grad, og godtok det han foreslo. Hvis man deler grupper inn i "leaders" og "followers", så vil ca 10 % være "leaders" og resten "followers". "Followers" ser på hva lederne gjør og hvis det han gjør er riktig, så kjøper de løsningen. Jeg var en outsider. På det tidspunktet jeg overtok som leder for Psykiatrisk legevakt var jeg relativt ung, 36 år, og akkurat ferdig spesialist og jeg hadde liten faglig legitimitet. Han hadde doktorgrad og lang klinisk erfarings og var nærmere 50 år. De hadde større respekt for han. Men han møtte også motstand mot endring. Jeg fikk ikke med meg min "opinion leader" på å følge opp de som strøk i journalrevisjonen, fordi han mente at de var "voksne" nok til å forstå at de selv måtte forbedre seg i journalskriving. Det er jeg helt uenig i. Han har sluttet nå og etter det så økte jeg kravene til journalkvalitet. Tenkte at: "nå er de vant til å kjøre revisjoner, så nå tåler de det". Nå får jeg nesten bare positive tilbakemeldinger. Dette gjør vi hvert annet år og på alle nyansatte. Alle nye har 3 prøvevakter. De blir også evaluert med hensyn på arbeidstempo, samarbeidsevner, for sent komming, journalkvalitet og evne til selvkritikk. Evne til selvkritikk er da definert som evne til å ta i mot kritikk og reflektere over seg selv.

Vi har mange suicidalitetsvurderinger på legevakta, ca 2/3 av de som kommer dit har suicidalitetsproblematikk, så vi må beherske dette godt. Derfor besluttet vi i 2006 å kjøre obligatorisk selvmordsrisikovurderingskurs for alle. Du kan tenke deg at når du sier det til en erfaren overlege, da sier de: "dette kan jeg fra før av". Men vi visste at nivået ikke var bra nok blant medarbeiderne våre. Det hadde vi sett av journalene. Så da måtte jeg lirke og lure veldig og si "dette kan du fra før av, men det er veldig viktig at du er der, som et forbilde for dine yngre kollegaer". Kurset fikk god kritikk. Folk syntes det var morsomt. Vi sjekket deretter selvmordsrisikovurdering i journalene deres. Det var fortsatt en god del som strøk, selv om de hadde vært på kurset, og selv om de hadde fått journalen sin vurdert før. Det var litt overraskende. Men når de nå strøk, så tok de seg raskt inn igjen. Det jeg gjør, er å sende journalene deres hjem i posten, med personlig tilbakemelding og karakter og dersom journalene ikke er gode nok varsler jeg at jeg vil sjekke journalkvaliteten om 3 måneder igjen. Det interessante var at to-tre av de som tidligere hadde fått gullstjerne strøk siste gang vi hadde journalrevisjon. Men alle disse rettet seg opp i løpet av 3 mnd igjen. Jeg kjenner dem så godt at jeg skriver en personlig kommentar til alle. F. eks, "dette ligner ikke deg, du har jo tidligere bare skrevet gullstjerne journaler, hva har skjedd?" Så snakker jeg med dem og da har de forskjellige forklaringer på hvorfor de ikke har skrevet gode journaler. Noen mener at det ikke er et representativt utvalg av journaler som er blitt evaluert. Noen sier at de journalene skrev jeg på slutten av dagen, så da var jeg så trøtt. Det prøver jeg ikke å bestride. Poenget er at de retter seg opp etter min tilbakemelding og at resultatet blir god journalkvalitet.

Hvordan bør retningslinjer implementeres?

Hva slags strategier har dere brukt på Psykiatrisk legevakt for å implementere retningslinjer? Har de fungert bra?

Hvis man skal innføre retningslinjer med påfølgende revisjon, må man velge et område som klinikerne syntes er viktig. Sykehuset driver med masse administrative revisjoner, for eksempel, informasjonssikkerhet og HMS. Det er viktig, men det er ikke mange overleger som synes det. Men hvis man går inn på faglig kvalitet, og spør; "Hva ønsker dere å bli testet på"? Da gir man fagfolk mulighet for å bidra til økt kvalitet, da unngår man kritikken ved å forankre tema faglig.

På legevakta oppfordrer vi alle til å bruke retningslinjer og til å følge obligatorisk kurs. Aktive implementeringsstrategier, som veiledning, kjøres bare på de som har skrevet for dårlige journaler. I tillegg får alle de nyansatte sine journaler evaluert sammen med meg, og da er jeg veldig nøye. Da pirker jeg på absolutt alt, og det sier jeg i fra om, fordi dette er min sjanse til å motivere dem. Så faller de litt ned igjen kanskje til et lavere nivå, og så sjekker vi nivået ved revisjoner av alle annen hvert år. Jeg har forsøkt å delegert dette til min fagsjef. Han er ikke så pågående som meg, så hans kommentar kunne være; "dette ser fint ut". Men det er ikke noen veiledning, så nå tar jeg gjennomgangen med alle nyansatte selv. De som har gjort det meget bra på revisjonene får gullstjerne og så publiserer vi hvem det er som har fått gullstjerne i nyhetsbrevet som alle får. Det gir litt status. De som ikke består, får beskjed at journalen blir sjekket om 3 mnd og hvis journalene ikke er bra da, så får de veiledning.

Prøvde du noen annen strategi, før du begynte med dette, som du ikke lyktes med?

Ja i første runde bare delte vi ut journalene med karakterer, men gjorde ikke noe med de som strøk, fordi jeg ikke fikk medhold i ledergruppen min på det. Fagsjefen mente de var voksne nok til å skjønne det selv. Det er jeg helt uenig i. Hvis man skal tenke ledelse, som er mitt fag, må man være veldig tydelig på hva man aksepterer og hva som ikke er greit av faglig kvalitet. Hvis folk ikke skjønner det, så må man si: "dette må du bli bedre på" ellers så kan ikke du jobbe her. Man kan ikke akseptere at folk gjør et for dårlig arbeid, dvs. noe som ikke er faglig forsvarlig. Da vil de ansatte bare gå rundt og snakke med hverandre om hvor dårlig arbeid vedkommende gjør, uten at noen gjør noe med det, og sånn kan vi ikke ha det. Da er ikke ledelsen ansvarlig. Som leder må man hjelpe folk til å bli bedre, i form av veiledning/undervisning og ved å sette standarder.

Kan du fortelle litt om hvordan denne veiledningen foregår?

Når jeg innkaller til veiledning får de først sendt journalene hjem til seg slik at de kan forberede seg på hvilke journaler som skal gjennomgås før vi treffes. Når vi treffes setter vi oss ned med teksten og går gjennom den sammen. Jeg finner alltid noe å rose først slik at kritikken ikke fremstår som for hard. For hvis man skal ha noen innvirkning på den andre, så må de i utgangspunktet ha tillitt til deg. Man må ha en god relasjon. Deretter går vi grundig gjennom hele journalen, og finner ut hva de sliter med, hva som kan bli bedre, og så snakker vi om det. Vanligvis går veiledningen veldig greit, det er kun to ansatte vi har slitt med hvor det var nødvendig med fire veiledninger. Da skjønte vi til slutt ikke hva vi skulle gjøre. Vi skrev da et brev til begge to, og sa at de måtte kunne dokumentere tilfredsstillende i journal for å kunne arbeide hos oss. Vi kan ikke ha ansatte som ikke kan skrive journal, det går ikke. Da greide de å bli såpass bra at vi aksepterte det. Begge var spesialsykepleiere og min vurdering var at det virket som ingen av dem tok kritikken alvorlig. De benektet at dette var et problem. Noen har ganske dårlig innsikt i seg selv og mangler evne til selvkritikk. Det skal veldig mye til før de skjønner at de må endre seg. Hvis du har relativt velfungerende folk, så blir de ikke særlig krenket når de får negative tilbakemeldinger. Robuste folk synes det er morsomt å få tilbakemelding og er motiverte for å endre seg til det bedre. Nå har jeg ikke

lenger problemer med at mine medarbeidere blir krenket ved tilbakemeldinger. Det er flere år siden sist. Jeg hadde det i den første tiden jeg var leder fordi de ikke var vant til å få direkte tilbakemeldinger. Vi hadde ingen kultur for det. I intervjuer med nye medarbeidere begynner jeg alltid med spørsmålet; "Hva har du hørt om oss?" Hvis de ikke kommer med noe positivt så blir de ikke tilbudt engasjement. Grunnen til det er at for å gjøre en god jobb må du ha et positivt forhold til det stedet du skal jobbe og du må identifisere deg med jobben. Det gjør du ikke hvis du har et negativt forhold til jobben før du har begynt. Så spør jeg: "Hva har du hørt om meg?". Før var det jo et rykte på byen at jeg var veldig streng. Nå har de bare hørt positive ting. Det er også et tegn på at kulturen i helsevesenet har endret seg slik at den måten jeg har bygd opp tjenesten på nå ses på som positiv. Vi fikk jo Det Nyttre prisen i 2007 i konkurranse med 79 andre offentlige virksomheter av Sosial- og helsedirektoratet. Så poenget er at fagfolk liker faglige utfordringer. Her får de skikkelig trening. Her blir de trent til å være gode, og det er status å jobbe der. De som ikke får jobb blir litt lei seg og hilser ikke på meg de neste årene.

Alle artikler vi har referert til i oppgaven hevder at aktive strategier er mer effektivt enn passive. Er du enig? Hva er fordelen/ulempen med henholdsvis aktive og passive strategier i følge deg?

Ja, jeg er enig at aktive strategier er mer effektive enn passive. Fordelen med passive metoder er at de ikke er krenkende, ulempen er at de ikke virker godt nok. Ulempen ved aktiv strategi er at den er krenkende, men den virker bedre.

Så er den vel ressurskrevende og kostbar?

Nei, ikke hvis du tenker at du har en arbeidsstokk du skal ha over noen år, hvor du kan jobbe med å lære opp folk. Jeg er i den heldige situasjon at jeg bare engasjerer de jeg syns er gode nok. Jeg avviser en del folk som henvender seg. Når man ansetter gode folk er det lite oppfølgingsarbeid. Jeg ansetter ca 5 nye medarbeider i året. Så har jeg en veiledningstime med alle nyansatte der de blir evaluert. Så hadde jeg kanskje 3 timer oppfølging etter journalrevisjon på 50 ansatte hvert annet år. Det er ikke mye innsats og det er verdt det. Det vanskelige med å høyne kvaliteten er å skulle komme til å krenke medarbeiderne sine. Mange ledere liker ikke det. Det tar imidlertid ikke mye tid og koster ikke mye penger.

Så du syntes ikke at dette går ut over dine arbeidsoppgaver?.

Nei, jeg syntes ikke det, men jeg er ekstremt effektiv og har stor arbeidskapasitet. Jeg har en typisk veilederprofil, jeg liker å gi tilbakemeldinger og kommunisere med folk på den måten.. Jeg har også en sekretær som gjør mye av forarbeidet og det administrative arbeidet rundt revisjoner. Så har jeg en ledergruppe. Vi diskuterer faglige initiativer og møtes en gang i måneden. Den består av tre personer. En spesialsykepleier, en overlege og en psykologspesialist. Vi drøfter ofte nye prosjekter og er svært oppmerksomme på avvik eller svikt og hvordan vi kan forebygge dette..

SURE hevder at ingen strategier er effektive under alle omstendigheter. Mener du at man må bruke ulike strategier ovenfor ulike grupper?

Ja, jeg skreddersyr for hver enkelt medarbeider. Jeg kjenner dem så godt. De fleste jeg jobber sammen med har jeg et godt forhold til og de er veldig trygge på meg. De vet at de kan si i

fra, at jeg tåler en støyt. Jeg bruker mye ros og sier: "dette kan du gjøre mye bedre". Skal du motivere folk, må du få de til å ønske å gjøre det bedre selv, og det er en kunst.

Er det forskjell på kjønn og alder, når det gjelder hvilke strategi du bruker?

Nei.

Ikke når det gjelder overleger, assistent leger?

Jo, de som er lavere på rangstigen faglig, er gjerne mer ydmyke og er lettere å gi tilbakemeldinger til. De mer etablerte er vanskeligere å korrigere. Jeg var ganske ung da jeg overtok, men jeg har aldri hatt problemer med å lede de som er eldre enn meg. Det er lettere hvis man ikke har et autoritetsproblem. Det kan være vanskelig for en leder å gi kritikk til en som har høyere faglig anseelse enn deg eller som er eldre.

Hvem bør utvikle kliniske retningslinjer?

Hvordan syntes du gruppesammensetningen skal være? SURE hevder at gruppen bør være tverrfaglig og bestå av: Pasienter og/eller representanter fra samfunnet, helseøkonomer, politikere, helsepersonell som jobber innefor det aktuelle temaet, en prosjektleder og folk med skrive og redigeringskompetanse. Er du enig i en slik gruppesammensetning?

Dette gjelder utvikling av retningslinjer på nasjonalt nivå, som jeg også har erfaring fra, og er enig i. Problemet med store nasjonale grupper er at mange av de som sitter i gruppen ikke opplever at de representerer en profesjon eller organisasjon, så når retningslinjer skal på høring, kommer det helt andre svar fra profesjonene/brukergruppen enn representantene i gruppen har kommet med. Man forstår ikke rollen sin og den blir heller ikke forklart når man begynner i gruppen.

Har du selv vært medlem av en gruppe som utvikler retningslinjer?

Ja, jeg har både utviklet retningslinjer på avdelingsnivå og på nasjonalt nivå. I Norge har vi veldig lite erfaring med å utvikle og implementere retningslinjer.

Hadde dere med representanter fra samfunnet/pasienter? .

Vi hadde med brukerorganisasjoner som Mental helse og LEVE. Så hadde vi fagfolk fra hele landet, alle regionene, alle profesjoner og de fagfolkene som var dyktige på feltet, de såkalte "opinion leaders".

Er du enig i den gruppe sammensetningen som SURE foreslår?

Nei, jeg kan ikke si meg helt enig. Det kommer helt an på hvilke retningslinjer du lager. Når det foreksempel gjelder selvmordsrisikovurdering så er det ikke nødvendig å ha med en økonom, men når det gjelder røykeavvenning kan det være klokt. Det er avhengig av hvilken konsekvens retningslinjene kan få økonomisk og hvem som blir berørt av endringene som foreslås. I det nasjonale retningslinjearbeidet jeg ledet, fikk vi kritikk for at gruppen vår ikke inneholdt representant for førstelinje tjenesten. Men Sosial- og helsedirektoratet sa i mandatet at retningslinjene skulle være for spesialisthelsetjenesten. Så kan selvfølgelig andre også bruke retningslinjene men vi mente ikke det var nødvendig å ha med representant fra førstelinje tjenesten i arbeidsgruppen som utarbeidet retningslinjene.

Bedrer bruk av retningslinjer pasientenes prognose?

Hva er din erfaring fra legevakten?

Det er vanskelig å si, men jeg er sikker på at flere får bedre diagnostikk og vurdering. Det sikrer et minimum, det gir mindre variasjon og trolig også riktigere behandling. Det er vanskelig å lage en statistikk på om det bedrer pasientens prognose, særlig når det gjelder antall selvmord, fordi tallmaterialet er så lite. Men på Ullevål ser vi av tallene at antall selvmord har gått ned. Jeg velger å tro at det kan skyldes at flere får bedre behandling.

VEDLEGG 6 PRESENATSJON AV INTERVJU MED JANNIKE SNOEK

Presentasjon av intervju med Jannike Engelstad Snoek, 24.1.08

Blir kliniske retningslinjer brukt?

Treweek og medarbeidere (2001) hevder i sin artikkel at retningslinjer ikke brukes så flittig av leger. Har du noen tanker om dette, eventuelt noen tanker om hvorfor de ikke blir anvendt? Bruker dere retningslinjer på UPA.

Det blir for "lettvint" og generelt å komme med påstander om at retningslinjer ikke blir brukt. Man må alltid spørre seg: "For hva, til hvem og på hvilket nivå skal retningslinjene brukes". Det kommer an på om retningslinjene blir oppfattet som relevante for situasjonen og om de er tilpasset det de skal brukes til. For eksempel kom jeg over en retningslinje som mente at alle pasienter i BUP skulle spørres om selvmord. Dette syntes jeg er helt irrelevant, hvis man står ovenfor en liten jente med angst for biller. Jeg tror retningslinjene ikke blir brukt fordi alt skal gå så fort på legevakten og i allmennpraksis. Retningslinjene blir kanskje oppfattet som enda et krav og noe man ikke har tid til. Man må føle at de er nyttige, relevante og at de gjør arbeidet lettere og ryddigere. Man må føle at retningslinjen er et hjelpemiddel, at de hjelper deg til å gjøre hverdagen for både deg og pasienten enklere, for det er jo det de er ment å være. Det kan fort bli for mange retningslinjer på for mange nivåer, slik at du blir sliten av det. Når man utarbeider retningslinjer, bør man forsikre seg om at de er etterspurt, slik at man ikke føler seg bombardert av all verdens ting. Dersom du føler at du behersker og mestrer jobben din, så skal det mye til for at du vil prøve noe nytt, men dersom du står fast, så er retningslinjer til god hjelp. Tidligere var det ikke så mange strukturerte intervjuguider, da hadde vi en veileder som jobbet tett med oss. Vi kunne for eksempel ta opp en klinisk samtale på bånd og korrigerer konsultasjonsteknikken på denne måten. Etter 10 -15 år kom det strukturerte intervjuguider, men da følte jeg at jeg behersket det å intervju ungdom godt nok til at jeg ikke trengte en slik guide. Likevel leste jeg gjennom guiden og fant ut at det var mange ting jeg hadde bruk for. Her på UPA er det ekstremt strukturert. Vår oppgave er å passe på folk som ikke kan passe på seg selv. Men jeg er ikke helt sikker på om det vi bruker her, kan kalles retningslinjer, kanskje det mer kalles instruks, som for eksempel telle bestikk. Vi får jo tilsendt en rekke retningslinjer, jeg leser i gjennom dem og tenker; "javel, kjempefint, da fins det og da må vi forholde oss til det".

Hvorfor er det vanskelig å implementere kliniske retningslinjer?

Har du noen tanker om hvorfor det er så vanskelig å implementere retningslinjer? Har dere på UPA hatt problemer med implementering, og i tilfelle hvorfor? Og hva har dere gjort med det?

Noe av det som kan gjøre det vanskelig å implementere visse retningslinjer, er at de kan føles for bestemmende og "sort -hvite". "Nå skal du gjøre sånn og sånn". Retningslinjer er vel og bra, men hvis du ikke har din sunne fornuft på toppen av det og faktisk kan forholde deg til det menneske du sitter ovenfor, så er du ille ute. Man må ha med personlige vurderinger, ellers så blir vi maskiner og individene blir borte. Men man skal vite om dem og kunne anvende dem når situasjonen krever det. Men vi må ut av dette med at alt nytt er bedre enn det gamle. De fleste leger syntes det er fryktelig spennende å lære nye ting, men vi liker ikke å bli slått i hodet med noe hardt. Hvis retningslinjen er etterspurt og den føles viktig for klinikerne, for eksempel selvmordsrisikovurdering, så burde ikke implementeringen være vanskelig. Det er bare å følge dem og be sine ansatte om å gjøre det samme. Her på UPA har

jeg utarbeidet en perm med alle retningslinjer og instruksjoner, som jeg vil at de ansatte skal følge. Jeg bare gir dem permene og sier: "dette må dere følge", så gjør de det. Hos oss er ikke implementering av retningslinjer et problem. Dette er et oversiktlig sted, vi har god tid og vi jobber veldig tett på hverandre. Vi er kun fem behandlere og vi møtes hver dag til morgenmøte, hvor vi drøfter hvordan vi gjør ting videre. Jeg signerer alle epikrisene og gir tilbakemelding, hvis jeg synes de er mangelfulle. Dessuten har vi kontrollkommisjonen på "nakken" hver 14. dag, og da må journalene være i orden. I og med at dette er en liten arbeidsplass, har vi tid til å gå i gjennom retningslinjene og vurdere om vi vil bruke dem eller ikke. Vi tilpasser dem etter vårt behov og situasjonen vi står i. Det blir helt annerledes på store arbeidsplasser, hvor man har mange å forholde seg til. Det som kan være vanskelig her er å forholde seg til de journalene som assistent legene som går vakt har skrevet. De er ofte mangelfulle. Noen av innkomstnotatene er rett og slett elendige, de glemmer å skrive konklusjon, de glemmer å notere at de har opplyst om kontrollkommisjonen og rett til å klage, de glemmer å dokumentere at innleggelsespapirene er i orden. Da må jeg sende en e-post og etterspørre opplysninger og hvis feilene er graverende, så melder jeg det oppover. Arbeidet med utarbeidelse av vaktperm er i gang, men det er ikke helt på plass. Implementeringen av denne er ikke mitt ansvarsområde, det ligger lenger opp i ledelsen. Problemet er at assistent legene er under så mange vinger med uklar ledelse. De blir ikke godt nok fulgt opp, i tillegg kan de stadige omorganiseringene føre til at organisasjonen blir uoversiktlig. Noen av assistent legene som går vakt her eller andre som henviser pasienter til oss er til og med usikre på loven om psykisk helsevern. Dette er meget overraskende og bør ikke forekomme. Loven er jo den sterkeste retningslinjen vi har.

Hvorfor setter de seg ikke inn i disse lovene tror du?

Noen kommer med en unnskyldning om at det er så sjeldent de legger inn psykisk syke pasienter, så de vet ikke hva paragrafene heter. Men dette er omtrent som et førstehjelpskurs, det er noe du må gå gjennom en gang i året. Man setter seg bare inn i det man bruker mest. På psykiatrisk legevakt, for eksempel, skriver de veldig gode journaler, når det gjelder selvmordstruede pasienter, mens de på allmennlegevakten skriver dårlige, fordi de sjeldent trenger loven om psykisk helsevern. Her er slike pasienter nærmest "hår i suppa", pasienter de vil få bort derfra så fort som mulig. Da er ikke det et prioritert område for retningslinjer, fordi de synes det er pasienter de ikke skal befatte seg med. Det er noen andres bord og andres interessefelt. Jeg kan for eksempel tenke meg at retningslinjer ved hjertestans er godt innarbeidet hos dem, fordi det føles viktig og nødvendig. Det er en meget tydelig kvalitetsforskjell mellom psykiatrisk legevakt og allmennlegevakten med hensyn til journalføring.

Når det gjelder de assistent legene som går vakt her, så vet jeg rett og slett ikke hvorfor de ikke har satt seg inn i lovene. De ligger jo i resepsjonen og er tilgjengelige til en hver tid. Det er deres eget ansvar at de setter seg inn i de lover og regler som gjelder virksomheten. Det faller ikke meg inn å gi dem hver sin lovbok, det må de ordne selv. Jeg sørger for at de som jobber hos meg har dem, så får noen andre ta ansvaret for assistent legene.

Hvordan bør retningslinjer implementeres?

Hva slags strategier har dere brukt på UPA for å implementere retningslinjer? Har de fungert bra?

Selv liker jeg best å motta retningslinjene i posten og lese gjennom dem på egenhånd.

Det du beskriver nå er en passiv metode, som det hevdes er lite effektivt!

Ja, men for meg fungerer det bra og derfor bruker jeg også en slik metode ovenfor mine ansatte og gir dem beskjed om at de kan komme å spørre, hvis noe er uklart. Men, igjen dette er ikke noe problem på UPA, fordi det er så liten arbeidsplass. Her har jeg flere valg, og kan skreddersy implementeringsstrategier ut fra hvem de er til og hva retningslinjen dreier seg om. Noe kan du lese deg til, andre ting må læres gjennom praktisk arbeid. Men, helsetilsynet har for eksempel ikke så mange valg, de må bare sende retningslinjene med posten.

Hvem bør utvikle kliniske retningslinjer?

Har du selv vært med på å utvikle retningslinjer? Hvordan syntes du gruppesammensetningen skal være? SURE hevder at gruppen bør være tverrfaglig og bestå av: Pasienter og/eller representanter fra samfunnet, helseøkonomer, politikere, helsepersonell som jobber innefor det aktuelle temaet, en prosjektleder og folk med skrive og redigeringskompetanse. Er du enig i en slik gruppesammensetning? Hva med "ekspertens" rolle" i gruppen?

Jeg har vært med på å utvikle retningslinjer for barne- og ungdomspsykiatrien, hvor vi utarbeidet retningslinjer for hvordan man håndterer atferdsforstyrrelser. Gruppen besto kun av barnepsykiatere. Dette var ikke en overordnet retningslinje, den handlet mer om hva som skal være standard for vårt fag, for eksempel hva du skal huske å ha undersøkt, da syntes jeg for eksempel ikke brukerorganisasjonene ikke har så mye i den gruppa å gjøre.

Etter å ha lest artikkelen fra SURE som omhandlet ekspertens rolle ble jeg veldig provosert. At noen organisasjoner hevder at eksperten kun skal delta på de helsemessige spørsmålene, det kan jeg ikke fatte! Det er ikke bare ekspertene som er subjektive, alle i gruppen inkludert de som trenger behandlingen og politikerne har subjektive ideer. Dette kan også medføre at fagfolk ikke vil følge retningslinjer, hvis retningslinjen skal utarbeides av andre som ikke har erfaring med faget. Skal jeg rette meg etter noe for eksempel en politiker har bestemt? Politikerne kan si noe om de økonomiske rammene, så kan jeg som eksperten si hva jeg kan få til innenfor de rammene.

Bedrer bruk av retningslinjer pasientenes prognose?

Baker blant annet hevder at bruk av retningslinjer bedrer prognosen til pasientene, er du enig? Hva er din erfaring fra UPA?

Jeg syntes dette blir vanskelig å svare på. I artikkelen til Baker for eksempel, hvor de bruker Becks depresjonsskala, kan det være andre ting som har bedret pasientens prognose, enn at klinikerne var flinke til å bruke retningslinjer. Mange er ikke klinisk deprimerte, men mer bekymret for dagligdagse ting og gjøremål, for eksempel jobben, familien etc.. Det de trenger er kanskje praktiske råd mer enn antidepressiv behandling. Prognosen blir ikke nødvendigvis bedre av at du følger retningslinjer, men bedre kartlegging gir mer målrettet behandling. Det kan tenke seg at man bedrer pasientens prognose, fordi man faktisk jobber mer systematisk.
